



RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION

Nom de l'établissement

**DEMANDE DE CONGE**  
(maladie : **7 jours d'arrêt plein**)

**Ce document est indissociable de la demande d'autorisation préalable de candidature à une délégation auxiliaire dans le 1<sup>er</sup> degré (pièce n°13)**

Année scolaire 2017 / 2018

Nom d'usage ..... Nom de Famille.....

Prénom.....

Nature du congé<sup>(1)</sup> : maladie  maternité  accident du travail  stage  autre

Date extrêmes du congé .....

Dates et durée des congés obtenus dans les 12 derniers mois : .....

.....

Pièces jointes <sup>(1)</sup>:                      certificat médical                       \_\_\_\_\_

**AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT SUR L'ATTRIBUTION DU CONGE**

Favorable                       défavorable

Avec traitement                       sans traitement

**Toute absence non justifiée pourra faire l'objet d'un retrait sur salaire, de la durée de l'absence, à raison d'une journée minimum.**

**ORGANISATION DE LA SUPPLEANCE**

Nom du suppléant	Date de prise de service	Nombre d'heures confiées <sup>(2)</sup>	Classe

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du chef d'établissement

(1) Mettre une croix dans la case correspondante

(2) Nombre d'heures supplémentaires, 27h ou 13h50