

Nom de l'établissement

**DEMANDE DE REMUNERATION DU SUPPLEANT
OU
DE L'AGENT TEMPORAIRE**

Année scolaire 2017 / 2018

Nom d'usage Nom de famille.....

Prénom.....

Suppléant(e)/Agent temporaire de _____
(Nom et prénom du maître en congé)

absent(e) du _____ au _____

Classe _____

pour y assurer un service d'enseignement hebdomadaire de :

Nombre d'heures confiées ⁽¹⁾ 27h 13h50 6h 3h

Durée de la suppléance du _____ au _____

dans l'établissement _____

Fait à _____ le _____

Signature et cachet du chef d'établissement

⁽¹⁾ nombre d'heures hebdomadaire, mettre une croix dans la case correspondante