



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 D'AUTORISATION D'ABSENCE

Année scolaire 2017 / 2018

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

Prénom.....

Nature du congé⁽¹⁾ : A préciser

Date extrêmes de l'absence

AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT

Favorable Avec traitement Récupéré

Défavorable Sans traitement Non récupéré

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	Classe

Fait à _____ le _____

Signature du chef d'établissement

(1) Mettre une croix dans la case correspondante

NB : il ne s'agit pas des congés saisis dans SUPPLE (maladie, maternité, accident de travail).