



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 2018 / 2019

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

Prénom.....

Nature du congé⁽¹⁾ : A préciser

Dernier jour de présence dans l'établissement :

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