



RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE  
MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION

Nom de l'établissement

### DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

**N.B. : Ce document ne concerne pas les arrêts de maladie ordinaire, congé de maternité ou d'accidents de travail**

Année scolaire 2019 / 2020

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

Prénom.....

Nature du congé : A préciser .....

Dernier jour de présence dans l'établissement : .....

Période de l'absence : Du ..... au .....

### AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT OBLIGATOIRE

Favorable  Avec traitement  Récupéré

Défavorable  Sans traitement  Non récupéré

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

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du chef d'établissement

Cachet de l'établissement