



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 2020 / 2021

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	<input type="checkbox"/>	Avec traitement	<input type="checkbox"/>	Récupéré	<input type="checkbox"/>
Défavorable	<input type="checkbox"/>	Sans traitement	<input type="checkbox"/>	Non récupéré	<input type="checkbox"/>

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