

Date :

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE EXCEPTIONNELLE

NOM : Ecole : Niveau :
Prénom : Commune :
Date de l'absence : **MOTIF (joindre Pièce Justificative) :**
Durée :
Signature :

OBSERVATIONS DU CHEF D'ETABLISSEMENT

..... Répartition possible dans d'autres classes
..... OUI NON

Signature du Directeur :

AVIS / DECISION DE L'IEN

ACCORDEE avec traitement REFUSEE
 ACCORDEE sans traitement Motif :
Nombre de jours :
 Demande de remplacement
 Répartition dans d'autres classes
Date : Inspectrice de l'éducation nationale
de la circonscription

Et si absence de plus de 2 jours, ou hors du territoire national, ou demande à titre syndical

DECISION DU DIRECTEUR ACADEMIQUE DES SERVICES DE L'EDUCATION NATIONALE

ACCORDEE avec traitement REFUSEE
 ACCORDEE sans traitement Motif :
Nombre de jours :
Inspectrice d'académie,
directrice académique des services
de l'éducation nationale
Date :
Nathalie VILACÈQUE