

**DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE DE DROIT ET FACULTATIVE
ENSEIGNANTS DU PREMIER DEGRE**

À transmettre à l'IEN de la circonscription de : _____

Texte de référence : **circulaire n° 2017-050 du 15 mars 2017**

À remplir par l'enseignant(e) et le/la directeur(trice) d'école ou le/la chef(fe) d'établissement

NOM : _____ Prénom : _____

Fonction: _____ Classe : _____ Ecole : _____

Commune : _____

Motif de la demande, joindre impérativement un/des justificatif(s) :

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pour examen médical lié à la grossesse | (Joindre un certificat médical) |
| <input type="checkbox"/> Pour autre examen médical | (Joindre un certificat médical) |
| <input type="checkbox"/> Pour garde enfant malade | (Joindre un certificat médical) |

Autre motif (joindre tous les justificatifs) précisez le motif : _____

Pour les autres motifs :

➤ Veuillez vous référer à la circulaire n° 2017-050 du 15 mars 2017, disponible sur l'intranet dans la rubrique "congés-absences"

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pour événement familial (Joindre tous les justificatifs) | précisez l'événement : _____ |
| <input type="checkbox"/> Pour convenance personnelle (Joindre tous les justificatifs) | précisez le motif : _____ |

Date et durée de l'absence :

Du : ____/____/20____ au : ____/____/20____ soit : ____ jour(s) **ou** de : ____ h____ à : ____ h____ soit : ____ h____

Dans le département : Hors du département (à préciser) : _____

Date de la demande : ____/____/20____ Signature de la
l'enseignant(e) : _____
Signature du/de la
directeur(trice) ou chef(fe)
d'établissement : _____

Besoin d'un remplaçant : OUI : NON :

Pour les demandes dans le département : Décision de l'Inspecteur(trice) de l'Education Nationale

Décision de l'IEN :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autorisation accordée | <input type="checkbox"/> Avec traitement | <input type="checkbox"/> Sans traitement |
| <input type="checkbox"/> Autorisation refusée | Motif : _____ | |
| Date : ____/____/20____ | Signature de l'Inspecteur(trice)
de l'éducation nationale : _____ | |

Pour les demandes hors département : Décision du/de la Directeur(trice) académique des services de l'EN après avis de l'IEN

Avis de l'IEN :

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Favorable | <input type="checkbox"/> Avec traitement | <input type="checkbox"/> Sans traitement |
| <input type="checkbox"/> Défavorable | Motif : _____ | |
| Date : ____/____/20____ | Signature de l'Inspecteur(trice)
de l'éducation nationale : _____ | |

Décision du/de la Directeur(trice) académique des services de l'éducation nationale :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autorisation accordée | <input type="checkbox"/> Avec traitement | <input type="checkbox"/> Sans traitement |
| <input type="checkbox"/> Autorisation refusée | Motif : _____ | |
| Date : ____/____/20____ | Signature du/de la
directeur(trice) académique : _____ | |