



Date :

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE EXCEPTIONNELLE

NOM :

Ecole : Niveau :

Prénom :

Commune :

Date de l'absence : du au

MOTIF (**joindre Pièce Justificative**) :

Durée : jours

.....

Signature :

.....

OBSERVATIONS DU DIRECTEUR

.....

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 :

.....

☐ Remplacement assuré par ZIL

Date :

Signature de l'IEN

☐ Répartition dans d'autres classes

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 :

.....

Date :

Francis MORLET