



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 assure 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 :

Jean LHuissier