

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

NOM : _____

Grade - Fonction : _____

Prénom : _____

Discipline : _____

Titulaire Stagiaire Contractuel

- **MOTIF DE L'ABSENCE** :
- () Pour raison de santé (2 jours maximum)
 - () Pour garde d'enfants malade (joindre justificatif)
 - () Pour congé d'examen ou concours (joindre justificatif) Pour
 - () autre motif , à préciser (joindre justificatif) :

- **DUREE DE L'ABSENCE** : DU _____ AU _____

Si absence sur une partie du service : de H à H

Nombre d'heures concernées par l'absence :

- **PROPOSITION DE RATTRAPAGE DES COURS ou DES SURVEILLANCES**

Jours	Horaire	Classe (groupe)	Salle

Date : _____ Signature de l'intéressé(e) : _____

Visa (observation) du Chef de service :

Signature :

ACCORD du Chef d'Etablissement

Avec plein traitement ()

Avec récupération ()

Sans récupération ()

OBSERVATIONS _____

A Talange, le _____ Signature :