

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 : .....

.....

Demande de remplacement

Date : ..... Signature de l'IEN

Répartition dans d'autres classes

Et si absence de plus de 2 jours, ou hors du territoire départemental, 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 : .....

Sandrine BODIN