

Date :

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE POUR LES ENSEIGNANTS

ABSENCE DE 3 JOURS MAXIMUM SUR LE TERRITOIRE NATIONAL

NOM :

PRENOM :

Ecole :

Commune :

Circonscription :

Date (s) de l'absence :

Motif (joindre une pièce justificative) :

AVIS DU DIRECTEUR D'ECOLE SUR L'ORGANISATION PEDAGOGIQUE

- Remplacement au sein de l'école
 Personnel ZIL sollicité si disponible

Date :

Signature du directeur :

DECISION DE L'INSPECTEUR DE L'EDUCATION NATIONALE

ACCORDEE avec traitement Nombre de jours :

ACCORDEE sans traitement Nombre de jours :

REFUSEE

Motif du refus :

Date :

Signature de l'Inspecteur de l'Education nationale :

Direction des services départementaux de l'Education nationale de l'Essonne

DIPER 1 – Boulevard de France 91012 EVRY CEDEX

VOTRE DEMANDE DOIT ETRE DEPOSEE QUINZE JOURS AVANT VOTRE ABSENCE