



Date :

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE POUR LES ENSEIGNANTS

ABSENCE DE PLUS DE 3 JOURS ou ABSENCE HORS DU TERRITOIRE NATIONAL

NOM :

PRENOM :

Ecole :

Commune :

Circonscription :

Date (s) de l'absence :

Motif (joindre une pièce justificative) :

AVIS DE L'INSPECTEUR DE L'EDUCATION SUR L'ORGANISATION PEDAGOGIQUE

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

Date :

Signature de l'Inspecteur de l'Education nationale :

DECISION DU DIRECTEUR ACADEMIQUE

ACCORDEE avec traitement Nombre de jours :

ACCORDEE sans traitement Nombre de jours :

REFUSEE

Motif du refus :

Date :

Par délégation du Directeur Académique

La Secrétaire générale :

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

DIPER 1 – Boulevard de France 91012 EVRY CEDEX