

DEMANDE DE CONGÉ

(à établir en 2 exemplaires
et fournir obligatoirement
un certificat médical)

- ☐ GARDE D'ENFANT MALADE
(préciser le nom et le prénom de l'enfant)
☐ RAISON DE SANTÉ
O CONGE INITIAL
O PROLONGATION
☐ MATERNITÉ
☐ ACCIDENT DU TRAVAIL

TRANSMETTRE PAR LA VOIE HIÉRARCHIQUE

L'ENSEIGNANT DEMANDEUR

NOM : _____ Prénom : _____ Préciser si : ☐ Professeur des écoles ☐ Instituteur ☐ P.E. stagiaire Affectation : École _____ Commune : _____ circ. _____ TEMPS COMPLET - TEMPS PARTIEL	Durée de l'absence du _____ à _____ heure au _____ inclus (heure) Motif de la demande (fournir obligatoirement un justificatif) _____ _____ _____ Date et Signature
---	---

CADRE RÉSERVÉ AU DIRECTEUR D'ÉCOLE

Répartition possible dans d'autres classes d'école	Vu et transmis	Date et signature du directeur
☐ OUI ☐ NON		

CADRE RÉSERVÉ A L'INSPECTION DE CIRCONSCRIPTION

Date	signature de l'I.E.N.
------	-----------------------

CADRE RESERVÉ À LA DIRECTION DES SERVICES DÉPARTEMENTAUX DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Pour garde enfant malade : ce congé compris vous aurez utilisé _____ demi-journées,
sur les _____ demi-journées accordées, solde encore disponible _____
pour l'année civile _____.

Date et signature

Pour le directeur académique
Et par délégation
La secrétaire générale

Pascale Beulze