



DEMANDE DE CONGÉ

DOCUMENT À TRANSMETTRE OBLIGATOIREMENT PAR LA VOIE HIÉRARCHIQUE

à établir en 2 exemplaires et fournir obligatoirement un certificat médical

Motif : GARDE D'ENFANT MALADE Nom et prénom de l'enfant _____
 RAISON DE SANTÉ congé initial ou prolongation
 MATERNITÉ ou PATERNITÉ
 ACCIDENT DU TRAVAIL

L'ENSEIGNANT DEMANDEUR

| | |
|---|--|
| <p>NOM : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Professeur des écoles <input type="checkbox"/> Instituteur <input type="checkbox"/> Professeur des écoles stagiaire <input type="checkbox"/> Contractuel <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p>Affectation</p> <p><input type="checkbox"/> Ecole _____ <input type="checkbox"/> Collège _____ <input type="checkbox"/> Autre _____</p> <p>Commune : _____ circ. _____</p> <p><input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel</p> | <p>Durée de l'absence</p> <p>du _____ à _____ heure _____ au _____ inclus à _____ heure _____</p> <p>Motif de la demande (fournir obligatoirement un justificatif)</p> <p>_____ _____ _____ _____</p> <p>Date et Signature</p> |
|---|--|

CADRE RÉSERVÉ AU DIRECTEUR D'ÉCOLE

| | |
|--|--|
| <p>Répartition possible dans d'autres classes</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | <p>Vu et transmis</p> <p>Date et signature</p> |
|--|--|

CADRE RÉSERVÉ A L'INSPECTION DE CIRCONSCRIPTION

| |
|--------------------------|
| <p>Date et signature</p> |
|--------------------------|

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

| | |
|--|--|
| <p><u>Concernant les congés pour motif de garde d'enfant malade</u></p> <p>Ce congé pris, vous aurez utilisé _____ demi-journées sur les _____ demi-journées accordées. Pour l'année civile _____, solde encore disponible _____ demi-journées.</p> | |
| | <p>Date : _____</p> |
| | <p>Pour le Directeur académique et par délégation La Secrétaire générale</p> |
| | <p>Pascale Beulze</p> |