

# DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

(à remplir en 2 exemplaires)

Mme <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nom d'usage - Prénom :
Enseignant(e) à l'école de :	
Niveau de classe :	
Quotité de travail :	
Jours libérés :	

Sollicite une autorisation d'absence de \_\_\_\_ jour(s) pour la période du \_\_ / \_\_ / 20\_\_ au \_\_ / \_\_ / 20\_\_

**Motif :** ☐ garde d'enfant malade (**joindre le certificat médical**)  
*Le conjoint bénéficie d'autorisations d'absence pour garde d'enfant malade :* oui ☐ non ☐  
☐ autres (indiquer le motif avec précision **et joindre un justificatif**)  
 .....

A ..... le \_\_ / \_\_ / 20\_\_ Signature :

## OBSERVATIONS DE LA DIRECTRICE OU DU DIRECTEUR

Organisation du service : ☐ Répartition des élèves dans les autres classes  
☐ Organisation pédagogique  
☐ Demande de remplaçant

A ..... le \_\_ / \_\_ / 20\_\_ Signature :

## AVIS DE L'IEN

- ☐ Avis favorable  
☐ Avis réservé  
☐ Avis défavorable

**Observations :**

## DECISION DE L'IEN

- ☐ Autorisation accordée  
☐ Régularisation  
☐ Autorisation refusée

L'IEN

A....., le \_\_ / \_\_ / 20\_\_

Le cas échéant, préciser le nom du remplaçant :

## CADRE RESERVE A LA DIRECTION ACADEMIQUE

**L'autorisation d'absence est :** ☐ accordée  
☐ régularisée  
☐ refusée  
☐ \_\_\_\_ jour(s) avec plein traitement du \_\_ / \_\_ / \_\_ au \_\_ / \_\_ / \_\_ inclus  
☐ \_\_\_\_ jour(s) sans traitement\* du \_\_ / \_\_ / \_\_ au \_\_ / \_\_ / \_\_ inclus

*\*Les autorisations d'absences accordées sans traitement n'ont d'incidence financière qu'à compter d'une journée entière (2 fois une demi-journée)*

*Une journée d'absence sans traitement sera déduite de l'Ancienneté Générale de Services (AGS)*

**Observations :**

Clermont-Ferrand, le .....  
 P/O Le Directeur Académique,  
L'IANA

La chef de la DDRH