**DEMANDE D’AUTORISATION D’ABSENCE FACULTATIVE**

**La demande doit parvenir à l’IEN 2 semaines avant la date de l’absence**

Circonscription : …………………………………………………

Ecole : ……………………. Commune : ………………………. Tél : …………..

Classe : …………………... Effectifs : ………………………….

|  |
| --- |
| Demande présentée par (à remplir par l’enseignant) : |
| * Titulaire Stagiaire Contractuel

Nom : ……………………………… Prénom : …………………………………Date de naissance : ……………… Courriel Education Nationale (prénom.nom@ac-nancy-metz.fr) : …………………..Adresse personnelle : ………………………………………………. |

|  |
| --- |
| Nature et durée (à remplir par l’enseignant) |
| **Autorisation d’absence facultative avec traitement** (joindre justificatif) |
| * Evènement familial**1** : mariage, PACS, naissance
* Décès ou maladie très grave du conjoint, du pacsé, des parents, des enfants**1**

**1**Préciser le lien de parenté :…………………………..* Enfant malade et garde d’enfant
* Grossesse (préparation accouchement, allaitement)
* Assistance médicale à la procréation (PMA)
* Congé de formation syndicale
 | * Participation aux instances scolaires
* Rentrée scolaire
* Sapeur-pompiers volontaires
* Réserve opérationnelle
* Fêtes religieuses
* Maladie contagieuse
* Sportifs de haut niveau
* Suivi affection longue durée (ALD)
 |
| **Autorisation d’absence facultative sans traitement** (joindre justificatif)* RDV médicaux non obligatoires
* Travaux d’une assemblée publique élective Autres…………………………………………………………..
 |
|  Dans le département Hors département Hors territoire nationalDate ou période de l’absence : …………………………. Matin Après-midi Journée Dernier jour de classe : ……………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| Date et signature de l’enseignant | Visa du directeur d’école |
| Date : le …../..…/..… Signature : ……………………………. | Date : le …../……/…..Signature : ……………………………. |
| Autorisation d’absence facultative **avec traitement** :  | Autorisation d’absence facultative **sans traitement** **et sortie du territoire national** |
| Décision de l’IEN : | Avis de l’IEN : |
|  Accord Refus Matin Après-midi Journée Remplacement possible : oui non Date : le …../..…/..… Signature de l’IEN: …………………………. |  Favorable Défavorable Matin Après-midi Journée Remplacement possible : oui non Date : le …../..…/..… Signature de l’IEN: …………………………. |
|  | Décision du DASEN : |
|  |  Accord RefusDate : le …../..…/..… Signature DASEN : …………………………. |