**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](mailto: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 national  Date 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 Refus  Date : le …../..…/..… Signature DASEN : …………………………. |