|  |  |
| --- | --- |
| **NOM-Prénom :**  | **Fonction :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Ecole :**  | **Classe :**  |
| **Commune :** | **Circonscription :** |

**☐ ABSENCE DE DROIT**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ Travaux d’une assemblée publique élective. | ☐ Participation jury de Cour d’assise. |
| ☐ Exercice d’un mandat syndical au titre des ASA. | ☐ Examens médicaux obligatoires: grossesse et surveillance médicale annuelle de prévention en faveur des agents. |
| ☐ Récupération ORS.  |  |

**☐ ABSENCE FACULTATIVE**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ Evénement familial: mariage, PACS, naissance. | ☐ Grossesse, préparation de l'accouchement et allaitement sur avis médical, |
| ☐ Décès ou maladie très grave : conjoint, partenaire, père, mère, enfant. | ☐ Garde enfant malade (dans la limite du contingent autorisé) |
| ☐ Candidature à un concours de recrutement ou examen professionnel. | ☐ Déplacement à l’étranger en vue d’une adoption. (\*) |
| ☐ Fonctions publiques électives non syndicales | ☐ Rentrée scolaire : facilités horaires. |
| ☐ Appel sapeurs pompiers volontaires | ☐ Fête ou cérémonie religieuse |
| ☐ Autre motif (\*) | ☐ actes médicaux PMA (exclusivement)PM. |

**DATE(S)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **du :** jj / mm / aaaa | **au :** jj / mm / aaaa |  **de : h à h**  |
| ***MOTIF DÉTAILLÉ*** (joindre OBLIGATOIREMENT le JUSTIFICATIF) |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sortie du département****du Val-d’Oise** | **□ OUI - □ NON** DépartementConcerné : |  | Date et Signature de l’enseignant : |

**OBSERVATIONS de la directrice/du directeur de l’école sur l’organisation prévue en cas de non remplacement de l’enseignant**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **AUTORISATION D’ABSENCE DE DROIT OU FACULTATIVE hors « autre motif »** | **(\*) AUTORISATION D’ABSENCE FACULTATIVE « autre motif » / DE DROIT OU FACULTATIVE « sortie du département »** |
| **DECISION de l’Inspecteur/Inspectrice de l’Education nationale**  | **AVIS de l’Inspecteur/Inspectrice de l’Education nationale (\*) (absences facultatives)** |
| **ACCORD ☐ REFUS ☐**  | **FAVORABLE☐ DEFAVORABLE ☐** |
| **Si refus ou avis défavorable, motif :**  |
| Date :  | Signature IEN : | Date : Signature IEN : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DÉCISION : Sortie** **du département**  | **□ ACCORD**  | **☐ REFUS**  |
| **(\*) DÉCISION : Absence Facultative** | **☐ AVEC TRAITEMENT □ SANS TRAITEMENT**  |  |
| Date :  | Signature DASEN: |  |