

**DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE DE DROIT ET FACULTATIVE  
ENSEIGNANTS DU PREMIER DEGRE**

À transmettre à l'EN de la circonscription de : \_\_\_\_\_

Texte de référence : **circulaire n° 2017-050 du 15 mars 2017**

**À remplir par l'enseignant(e) et le/la directeur(trice) d'école ou le/la chef(fe) d'établissement**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Fonction : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_ Ecole : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_

**Motif de la demande, joindre impérativement un/des justificatif(s) :**

- Pour examen médical lié à la grossesse (Joindre un certificat médical)  
 Pour autre examen médical (Joindre un certificat médical)  
 Pour garde enfant malade (Joindre un certificat médical)  
 Autre motif (joindre tous les justificatifs) précisez le motif : TEST COVID

**Pour les autres motifs :**

➤ *Veillez vous référer à la circulaire n° 2017-050 du 15 mars 2017, disponible sur l'intranet dans la rubrique "congé-absences"*

- Pour événement familial (Joindre tous les justificatifs) précisez l'événement : \_\_\_\_\_  
 Pour convenance personnelle (Joindre tous les justificatifs) précisez le motif : \_\_\_\_\_

**Date et durée de l'absence :**

Du : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ au : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ soit : \_\_\_ jour(s) **ou** de : \_\_\_ h à : \_\_\_ h soit : \_\_\_ h

Dans le département :  Hors du département (à préciser) : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Signature de  
l'enseignant(e) :

Signature du/de la  
directeur(trice) ou chef(fe)  
d'établissement :

Besoin d'un remplaçant : OUI :  NON :

**Pour les demandes dans le département : Décision de l'Inspecteur(trice) de l'Education Nationale**

**Décision de l'EN :**

- Autorisation accordée  Avec traitement  Sans traitement  
 Autorisation refusée Motif : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Signature de l'Inspecteur(trice)  
de l'éducation nationale :

**Pour les demandes hors département : Décision du/de la Directeur(trice) académique des services de l'EN après avis de l'EN**

**Avis de l'EN :**

- Favorable  Avec traitement  Sans traitement  
 Défavorable Motif : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Signature de l'Inspecteur(trice)  
de l'éducation nationale :

**Décision du/de la Directeur(trice) académique des services de l'éducation nationale :**

- Autorisation accordée  Avec traitement  Sans traitement  
 Autorisation refusée Motif : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Signature du/de la  
directeur(trice) académique :