

**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 :**

➤ Veuillez vous référer à la circulaire n° 2017-050 du 15 mars 2017, disponible sur l'intranet dans la rubrique "congés-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 :