

**CACHET DE L'ETABLISSEMENT
OU DE L'ECOLE**

Date limite de réception :
10 jours avant le début de la date de congé sollicité
A retourner impérativement à :
« mel du gestionnaire du secteur »
Fax : 05 61 17 71 41

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE DES PERSONNELS AESH ou CUI AVS

Accompagnement des élèves
en situation de handicap

MOIS :

NOM PRENOM DU SALARIE	DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE	DATE ET HEURES DE RECUPERATION	AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT (EPLÉ ou ECOLE)	AVIS DE L'ETABLISSEMENT DE L'EMPLOYEUR
	du au de h à h <u>MOTIF :</u> Justificatif (convocation, certificat...)*	du au de h à h	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable MOTIF : Signature et Cachet :	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable MOTIF : Signature et Cachet :

A , le

Réservé à l'administration :

AESH Rectorat

AESH Déodat

CUI AVS

* joindre obligatoirement un justificatif