

Date limite de réception :

10 jours avant la date de l’absence

A envoyer

à votre gestionnaire

et votre établissement d'affectation pour avis

**DEMANDE D’AUTORISATION D’ABSENCE DES PERSONNELS AESH**

**Etablissement : ………………………………………………………**

Accompagnement des
élèves en situation
de handicap

 **MOIS/ANNÉE : ……………………………………………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM Prénom de l’agent | DEMANDE D’AUTORISATION D’ABSENCE | DATES ET HEURES DE RÉCUPÉRATION | AVIS DU CHEF D’ÉTABLISSEMENT(EPLE ou ÉCOLE | Réservé à l’administration |
|  | Du :Au :De h à h MOTIF :Justificatif (convocation, certificat) \* | Du :Au :De h à h  |  Favorable DéfavorableMOTIF :Signature et cachet : |  Favorable DéfavorableMOTIF :Signature et cachet : |

 \* Joindre obligatoirement un justificatif

A , le Réservé à l’administration :

  AESH Rectorat

Signature :  AESH Déodat