

**DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE DES AESH**

Date limite de réception : 10 jours avant le début du congé sollicité à renvoyer à votre gestionnaire administrative.

**Toute demande est soumise à validation du chef d'établissement sous réserve de nécessité de service**

NOM PRENOM DU SALARIE (obligatoire)	DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE	DATE ET HEURES SI RECUPERATION	AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT (EPLÉ ou ECOLE)
	<p><b>Jour :</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Matin</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Après-midi</b></p> <p><b>Heures de fractionnement :</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Oui</b>    <input type="checkbox"/> <b>Non</b></p> <p><b><u>MOTIF (justificatif à joindre) :</u></b></p>	<p><b>Jour :</b></p> <p><b>de        h à        h</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Favorable</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Défavorable</b></p> <p><b>MOTIF :</b></p> <p><b>Signature et Cachet :</b></p>

**A ....., le .....**