|  |  |
| --- | --- |
| **NOM-Prénom :**  | **Fonction :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Ecole :**  | **Classe :**  |
| **Commune :** | **Circonscription :** |

[ ]  **ABSENCE DE DROIT**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Travaux d’une assemblée publique élective. | [ ]  Participation jury de Cour d’assise. |
| [ ]  Exercice d’un mandat syndical au titre des ASA. | [ ]  Examens médicaux obligatoires dans le cadre de la grossesse et surveillance médicale annuelle de prévention en faveur des agents |
|  |  |

[ ]  **ABSENCE FACULTATIVE**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Evénement familial1 : mariage, PACS, naissance [ ]  Décès ou maladie très grave1 : (conjoint, partenaire, père, mère, enfant) | [ ]  Grossesse, préparation de l'accouchement et allaitement sur avis médical, |
| 1Préciser le lien de parenté :……………………….. | [ ]  Garde enfant malade. |
| [ ]  Candidature à un concours de recrutement ou examen professionnel. | [ ]  Déplacement à l’étranger en vue d’une adoption. |
| [ ]  Fonctions publiques électives non syndicales | [ ]  Rentrée scolaire : facilités horaires. |
| [ ]  Appel sapeurs-pompiers volontaires | [ ]  Fête ou cérémonie (à préciser) : ………………. |
| [ ]  Autre motif (sans traitement) (2) | [ ]  Actes médicaux PMAPM. |

**DATE(S)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **du :** jj / mm / aaaa | **au :** jj / mm / aaaa |  **de : h à h**  |
| ***MOTIF DÉTAILLÉ* ( 2 )** (joindre OBLIGATOIREMENT le JUSTIFICATIF) |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sortie du département****du Val-d’Oise** | **□ OUI - □ NON** DépartementConcerné : |  | Date et Signature de l’enseignant : |

**OBSERVATIONS de la directrice/du directeur de l’école sur l’organisation prévue en cas de non remplacement de l’enseignant**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DECISION de l’Inspecteur/Inspectrice de l’Education nationale (absences de droit)** | **AVIS de l’Inspecteur/Inspectrice de l’Education nationale ( 2 ) (absences facultatives)** |
| **ACCORD** [ ]  **REFUS** [ ]  | **FAVORABLE**[ ]  **DEFAVORABLE** [ ]  |
| **Si refus ou avis défavorable, motif :**  |
| Date :  | Signature IEN : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DÉCISION : Sortie Territoire**  | **□ ACCORD**  | [ ]  **REFUS**  |
| **DÉCISION : Absence Facultative** | [ ]  **AVEC TRAITEMENT □ SANS TRAITEMENT**  |  |
| Date :  | Signature DASEN: |  |