ACADÉMIE DE LYON
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de l'Ain

DSDEN DE l'AIN

Service de l'école inclusive

Bureau des AESH

10 rue de la paix
01012
Bourg en Bresse

04 74 45 58 66
ce.ia01-diper-avs@ac-lyon.fr

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE AESH SOUS RESERVE DE L'AUTORISATION DE VOTRE EMPLOYEUR

à renvoyer à votre employeur une semaine avant le congé avec un justificatif obligatoire

NOM : …… Prénom : …….....

Adresse…….....

Sollicite une autorisation d'absence du ……au…….....(inclus)

Pour les demi-journées, préciser matin ou après-midi……

Elèves	Ecoles ou établissements d'exercice

Motif du congé

☐ Congés enfant malade (joindre un certificat médical avec le nom et le prénom de l'enfant)

☐ Examens prénataux (joindre un certificat médical indiquant la date présumée de l'accouchement et les justificatifs d'examen)

☐ Autres à préciser (joindre les pièces justificatives) ……..……

Date de la demande……..…….

Avis et visa de l'autorité fonctionnelle de l'établissement d'exercice ☐ Favorable
☐ Défavorable

Conditions d'accueil des élèves pendant cette absence……...

Signature de l'agent……..

Cachet et signature de l'employeur : DSDEN DE L'AIN

La demande est : ☐ accordée ☐ à plein traitement
☐ sans traitement
☐ avec récupération

☐ refusée

Fait à ……. Le …….....

Signature du DASEN