

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE accompagnant des élèves en situation de handicap

Référence : circulaire n°2268 du 02/08/2002

DEMANDEUR : Département d'exercice : Doubs ☐ - Jura ☐ - Haute-Saône ☐ - Territoire de Belfort ☐

Nom, prénom :

PIAL : Lieu d'exercice :

☐ Employeur : SIG AESH

DSDEN90

Service interdépartemental de gestion des personnels AESH
4 place de la révolution française – CS 60129
90003 BELFORT cedex

Département 25 : Nathalie TRIBOUT ☎ 03 84 46 66 01 - ✉ ce.sigaesh25.dsden90@ac-besancon.fr

Département 70 : Stéphanie MENIGOT ☎ 03 84 46 98 69
✉ ce.sigaesh70.dsden90@ac-besancon.fr

Départements 39 et 90 : Claudine DEMONTROND
☎ 03 84 46 69 39 - ✉ ce.sigaesh90.dsden90@ac-besancon.fr et
ce.sigaesh39.dsden90@ac-besancon.fr

☐ Employeur : Lycée Duhamel

Lycée Duhamel

Pôle de gestion AESH HT2
Avenue Charles Laurent Thouverey – BP 08
39107 DOLE cedex

Département 25 et 90 : Véronique MARGUET / Sabrina BREDIN
☎ 03 84 79 42 37 - ✉ aeshht2_1@ac-besancon.fr

Département 39 et 70 : Céline ROMANET
☎ 03 84 79 42 30 - ✉ aeshht2@ac-besancon.fr
et Solenne JOURNOT ☎ 03 84 79 78 00 poste 181 - ✉ aeshht2@ac-besancon.fr

TYPE D'ABSENCE

Congé de fractionnement ☐

Autorisation d'absence simple ☐

DUREE ET MOTIF DE L'ABSENCE SOLLICITEE

Durée : du à heures au à heures , soit Journée(s)

NB : les 2 jours de congé de fractionnement ne peuvent être pris qu'en ½ journées ou en journées complètes, sans justificatif et sans récupération

Motif et précision de récupération (pour les autorisations d'absence simples seulement) :

☐ garde d'enfant malade (joindre un certificat médical) + 1 fois par an joindre un justificatif de nombre de jours de garde pour enfant malade du conjoint ou ex-conjoint en cas de garde alternée

☐ événement familial – préciser : (joindre un justificatif)

☐ examen ou concours (joindre une copie de la convocation)

☐ autre : préciser et joindre **obligatoirement** un justificatif :

☐ avec récupération – du au de h àh

☐ sans récupération

Fait à , le.....

Signature :

VISA DU DIRECTEUR DE L'ECOLE ou DU CHEF D'ETABLISSEMENT du lieu d'exercice

Observations :

Fait à , le

Signature et cachet :

AVIS du PILOTE du PIAL

☐ accordée

☐ avec traitement

☐ avec récupération

☐ refusée

☐ sans traitement

☐ sans récupération

Fait à , le

Signature :

DECISION DE L'EMPLOYEUR

Observations :

Fait à , le

Signature :