

ACADEMIE DE DIJON

DEPARTEMENT D’AFFECTATION : Saône-et-Loire

Rectorat DPE 4 – Plateforme 1er degré

**Imprimé à retourner à l’IEN de la circonscription Mâcon nord**

NOM - Prénom: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Ecole d'affectation/rattachement: ………………………………………………………………........................... Niveau de classe : …………………….

Date de l'absence : du ………………………………… au ……………………………………………………… Nombre de jours : ……………………………….

🞏 Matin 🞏 Après-midi 🞏 Journée entière

***JUSTIFICATIF OBLIGATOIRE***

**Autorisations d'absence de droit**

🞏 Examen médical obligatoire (à préciser) :

🞏 lié à la grossesse

🞏 lié à la surveillance médicale annuelle de prévention (prescrite par la médecine du travail)

🞏 Décès d'un enfant

🞏 Participation à un jury de concours ou d'examen

🞏 Jury d'assises

🞏 Autorisation d'absence à titre syndical (à préciser) :

🞏 congrès des syndicats nationaux, internationaux des fédérations et des confédérations de syndicats (article 13)

🞏 participation à des instances administratives (articles 15)

🞏 heure d'information syndicale\*

🞏 congé pour la formation syndicale\*

🞏 Autre (à préciser) :  ……………………………………………

*\* Les nécessités de service primeront sur l'avis donné (cf. note de service)*

**Autorisations d'absence facultatives**

🞏 Rendez-vous médical :

🞏 examen médical de l'enseignant auprès d'un médecin spécialiste ne pouvant être placé hors temps scolaire

🞏 examen médical de l'enseignant auprès d'un médecin généraliste

🞏 Grossesse (préparation à l'accouchement et allaitement)

🞏 Enfant malade ou garde d'enfant. Date de naissance de l'enfant: ………………………………………………….

🞏 Evènement familial (à préciser) :

🞏 mariage d'un parent, enfant, frère ou sœur. Lien de parenté: ……………………………………… et lieu ……………………………

🞏 décès ou maladie très grave du conjoint, père et mère ou de la personne liée par un PACS .

Lien de parenté : ……………………………… et lieu: ………………………………………………………………

🞏 décès d'une personne proche. Lien : ……………………………………………………et lieu: …………………………………………………………….

🞏 Concours ou examen professionnel (à préciser): ………………………………………………………………………………………………….

🞏 Autre (à préciser): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RESERVE AU DIRECTEUR D’ECOLE** | Un remplaçant est-il nécessaire :  ☐ OUI ☐ NON | | Signature du directeur : |
| **DECISIONS** | | | |
| **RESERVE**  **A L’IEN** | ☐ ACCORD | ☐ Avec traitement  ☐ Sans traitement | A :  Le |
| ☐ REFUS | ☐ Nécessité de service  ☐ Autre motif : |
| Pour les situations soumises à la décision de la DASEN :  ☐ AVIS FAVORABLE  ☐ AVIS DEFAVORABLE | |
| **RESERVE**  **A L’A-DASEN** | ☐ ACCORD | ☐ Avec traitement  ☐ Sans traitement  ☐ Sous réserve de nécessité de service  ☐ Sous réserve de justificatif | A :  Le :  Signature de Madame l’adjointe à la DASEN de Saône-et-Loire : |
| ☐ REFUS | ☐ Nécessité de service  ☐ Autre motif : |