



3, Place Irène Popard
71110 Marcigny

Tél. 03 85 25 22 34
Fax. 03.85.25.05.00
Email 0711071d@ac-dijon.fr

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

M. Mme Mlle

NOM PRENOM

GRADE ou CATEGORIE

DISCIPLINE

Sollicite une autorisation d'absence du au

Nombre de jours en cause Nombre d'heures de service

Classe concernées

MOTIF (pour maladie ou garde d'enfant malade, joindre un certificat médical) :
.....
.....

Marcigny, le

Signature

<u>DECISION DU CHEF D'ETABLISSEMENT</u>		
ACCORD	Avec récupération	<input type="checkbox"/>
	Sans récupération	<input type="checkbox"/>
REFUS		<input type="checkbox"/>
	Marcigny, le.....	
	Le Principal,	