

⬡ **DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE**

⬡ **RÉGULARISATION D'ABSENCE**

Mme, M

Grade et discipline

ABSENCE du..... au

Nombre de jours :..... ou d'heures.....sollicitées

MOTIF

.....

Saint-Martin, le.....

Signature de l'intéressé(e)

CALENDRIER DE REMPLACEMENT DES HEURES NON ASSURÉES

DATE	HEURES		

AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT

REFUSEE		ACCORDEE		Avec modification de traitement	
				Sans modification de traitement	

Demande à déposer au secrétariat de La Proviseur **48 heures avant l'absence prévue à l'exception des absences pour congé dûment justifiées par un certificat médical**