

TITULAIRE STAGIAIRE CONTRACTUEL M2 ECA en alternance

NOM D'USAGE : NOM DE NAISSANCE : PRÉNOM :

Circonscription : Quotité de service :

École : Commune :

NATURE ET DURÉE DU CONGÉ

<p>Congé (Joindre l'arrêt de travail ou certificat médical)</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie ordinaire (joindre le certificat médical sous 48 h)</p> <p><input type="checkbox"/> Congé de maternité (joindre le certificat médical indiquant la date présumée d'accouchement) ou d'adoption (document officiel d'adoption et justificatif arrivée enfant au foyer)</p> <p><input type="checkbox"/> Grossesse pathologique (14j)</p> <p><input type="checkbox"/> Couches pathologiques (28j)</p> <p><input type="checkbox"/> Congé naissance (3j + 4j congé paternité et accueil enfant)</p> <p><input type="checkbox"/> Congé paternité et d'accueil de l'enfant (21j) (Possibilité de 2 périodes maximum de 5 jours minimum)</p> <p><input type="checkbox"/> Congé de solidarité familiale</p> <p><input type="checkbox"/> Congé de présence parentale</p> <p><input type="checkbox"/> Congé de proche aidant</p> <p>Du au</p> <p>Date et signature du personnel enseignant (congés et/ou autorisations d'absence)/...../.....</p>	<p>Autorisation d'absence (Joindre obligatoirement un justificatif)</p> <p>→ De droit (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Motif syndical</p> <p><input type="checkbox"/> Formation syndicale</p> <p><input type="checkbox"/> Examens médicaux obligatoires (<i>grossesse, surveillance médicale de prévention</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Accompagnement conjointe ou conjoint à un examen médical</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (<i>préciser</i>)</p> <p>→ Sur autorisation (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant malade</p> <p><input type="checkbox"/> Garde d'enfant (<i>crèche ou école fermée, nourrice malade</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Préparation aux concours ou examens professionnels</p> <p><input type="checkbox"/> Candidature à un concours ou examen professionnel</p> <p><input type="checkbox"/> Mariage, PACS de l'intéressé(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Décès ou maladie grave conjoint, des père, mère, enfants</p> <p><input type="checkbox"/> Décès d'autre proche - préciser le lien</p> <p><input type="checkbox"/> RDV médicaux AGENT (spécialistes)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – <u>préciser le motif</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dans le département <input type="checkbox"/> Hors département</p> <p>Date de l'absence du au</p> <p><input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> journée</p> <p>(1) Délais selon annexe 2 (2) Délais selon annexe 3</p>
--	--

Avis de l'IEN pour les autorisations d'absence

Favorable Défavorable Refus pour nécessité de service

Refus pour

Date/...../..... **Signature et cachet de l'IEN**

<p>Décision DASEN/SG</p> <p><input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus</p> <p><input type="checkbox"/> Avec traitement <input type="checkbox"/> Sans traitement</p>	<p>Pour le Recteur, et par délégation, le Secrétaire Général de la direction des services départementaux de l'éducation nationale du Val de Marne</p> <p style="text-align: right;">Yohann PRUNIER</p>
--	---