



**ACADÉMIE  
DE LYON**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Direction des services départementaux  
de l'éducation nationale  
de l'Ain

## AUTORISATION SPECIALE D'ABSENCE (ASA)

Je soussigné(e) M/ Mme (nom et prénom) .....

fonction ( discipline si besoin ) : .....

Affectation (et éventuellement lieu d'exercice) : .....

Sollicite une autorisation spéciale d'absence pour le motif suivant :

Je présente des symptômes et je dois donc être isolé(e). *Dans ce cas, vous devez consulter votre médecin au plus vite.*

Je suis considéré(e) « contact à risque » : autorisation d'absence de 7 jours à compter du lendemain du dernier contact avec le cas confirmé.

Préciser l'autorité médicale qui a défini le contact à risque : .....

*Rappel : en cas de test positif, vous devez prévenir obligatoirement votre autorité hiérarchique et solliciter votre médecin pour être placé(e) en congé de maladie ordinaire.*

Je suis parent d'un enfant de moins de 16 ans symptomatique ou « contact à risque » devant rester au foyer dans l'attente d'un test (exemple : fermeture de classe – attestation de l'école ou établissement à fournir) et je ne dispose d'aucune solution de garde alternative :

Nom prénom de l'enfant : ..... Date de naissance : .....

Lieu de scolarisation : .....

La classe ou l'établissement scolaire de mon enfant est fermé(e) du ..... au.....

En cas d'évolution de la situation je m'engage à recontacter immédiatement mon établissement pour reprendre mes fonctions en présentiel

A ....., le .....

Signature :

---

M/Mme (nom et prénom du supérieur hiérarchique) .....DSDEN.....

fonction : .....

accorde :  une autorisation spéciale d'absence

du ..... au .....

Signature :

Copie service gestion