

**DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE AESH SOUS RESERVE  
DE L'AUTORISATION DE VOTRE EMPLOYEUR**

*à renvoyer à votre employeur une semaine avant le congé avec un  
justificatif obligatoire*

Division des  
Personnels  
Administratifs et des  
affaires médico-  
sociales

Bureau DPA1

Courriel : [ce.ia69-  
pravs@ac-lyon.fr](mailto:ce.ia69-pravs@ac-lyon.fr)

21 rue Jaboulay  
69309 Lyon CEDEX 07

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse**.....

**Sollicite une autorisation d'absence du .....au.....(inclus)**

**Pour les demi-journées, préciser matin ou après-midi.....**

| Elèves | Ecoles ou établissements d'exercice |
|--------|-------------------------------------|
|        |                                     |

**Motif du congé**

- Congés enfant malade (joindre un certificat médical avec le nom et le prénom de l'enfant)
- Examens prénataux (joindre un certificat médical indiquant la date présumée de l'accouchement et les justificatifs d'examen)
- Jours de fractionnement (année scolaire 2021/2022).....Solde.....
- Autres à préciser (joindre les pièces justificatives) .....

Date de la demande.....

Signature de l'agent.....

**Avis et visa de l'autorité fonctionnelle de l'établissement d'exercice**

- Favorable
- Défavorable

Conditions d'accueil des élèves pendant cette absence.....

Signature de l'autorité fonctionnelle.....

**Cachet et signature de l'employeur : le DASEN du Rhône**

- La demande est :  accordée  à plein traitement  
 refusée  sans traitement

**Fait à** ..... **Le** .....

**Signature de l'IA DASEN :** .....