ACADÉMIE DE LYON
Liberté
Égalité
Fraternité

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

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

à renvoyer impérativement à la <u>DSDEN</u>
une semaine avant le congé avec un justificatif obligatoire

DSDEN DE l'AIN

Service des personnels AESH

aesh01-gestionadmin@ac-lyon.fr

LYCEE QUINET
aesh-quinet.0010014k@ac-lyon.fr

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 2023/2024).....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 :

La demande est : ☐ accordée ☐ à plein traitement
☐ sans traitement

☐ refusée

Fait à ..... **Le** .....

Signature DASEN