

- ☐ DEMANDE D'OCTROI D'UN CONGE LONGUE MALADIE

☐ DEMANDE DE PROLONGATION D'UN CONGE LONGUE MALADIE

☐ DEMANDE D'OCTROI D'UN CONGE LONGUE DUREE

☐ DEMANDE DE PROLONGATION D'UN CONGE LONGUE DUREE

Veuillez cocher la case correspondant à votre demande

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM : Prénom :

Date de naissance / /

Numéro de sécurité sociale :

Adresse personnelle :

Code postal : commune :

Numéro de téléphone personnel :

Adresse courriel académique :

Fonction : ☐ adjoint(e) ☐ directeur(trice) ☐ conseiller pédagogique ☐ référent(e)
☐ coordonnateur (trice) ☐ enseignant (e) spécialisé (e) ☐ directeur (trice) adjoint(e) de SEGPA
☐ autre fonction à préciser :

Grade : ☐ professeur(e) des écoles classe normale ☐ professeur(e) des écoles hors classe
☐ professeur(e) des écoles classe exceptionnelle ☐ instituteur

Affectation :

Quotité de travail : ☐ temps complet ☐ temps partiel (précisez la quotité en %) : %

En raison de mon état de santé qui ne permet pas d'assurer mes fonctions actuelles, je soussigné (e) sollicite ☐ l'octroi / ☐ la prolongation d'un ☐ congé longue maladie / ☐ congé longue durée à compter du pour une durée de .

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint un certificat médical de mon médecin préconisant ce congé et les éléments médicaux détaillés sous pli confidentiel destiné au Conseil Médical de la Loire (à fournir pour un premier octroi).

Date : Signature enseignant :

Visa de l'inspecteur/trice de l'éducation nationale chargé(e) de la circonscription de

Visa