

Date limite de réception :

10 jours avant le début de la date de congé sollicité

A retourner impérativement à :

NOM DE L’ETABLISSEMENT « mel du gestionnaire du secteur »

OU DE L’ECOLE : Fax : 05 61 17 71 41

**ASA garde d’enfant(s)spéciale AESH valable jusqu’au 31 mai**

**Jusqu’au 31 mai, une simple information à l’IEN de circonscription est demandée.**

DEMANDE D’AUTORISATION D’ABSENCE DES PERSONNELS AESH ou AVS

Accompagnement des élèves

en situation de handicap

**Spécial COVID**. MOIS de :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM PRENOM DU SALARIE | DEMANDE D’AUTORISATION D’ABSENCE | DATE ET HEURES  DE RECUPERATION | AVIS  DU CHEF D’ETABLISSEMENT  (EPLE ou ECOLE) | AVIS  DE L’ETABLISSEMENT DE  L’EMPLOYEUR |
|  | du  au  de h à h  MOTIF :  Justificatif (convocation, certificat…)\* | du  au  **Inutile dans la période**  de h à h | □ Favorable  □ Défavorable  **Inutile dans la période**  MOTIF :  Signature et Cachet : | □ Favorable  □ Défavorable  **Inutile dans la période**  MOTIF :  Signature et Cachet : |

A le Réservé à l’administration :

AESH Rectorat

AESH Déodat

\* joindre obligatoirement un justificatif **Inutile dans la période** CUI AVS