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 HEURESDE RECUPERATION | AVISDU CHEF D’ETABLISSEMENT(EPLE ou ECOLE) | AVISDE L’ETABLISSEMENT DEL’EMPLOYEUR |
|  | duaude h à hMOTIF :Justificatif (convocation, certificat…)\* | duau**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