

INTERIM DE DIRECTION

**Année scolaire 20.... / 20....**

Division de la gestion individuelle  
Affaire suivie par :

1ère demande

Prolongation

Véronique ROUX : 01.79.81.22.69  
Tania THEOPHILE : 01.79.81.22.68

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Immeuble le Président  
2A, avenue des Arpents  
95525 CERGY PONTOISE CEDEX

Nature du congé :

Maladie  
 Maternité  
 CLM/CLD  
Autre :

**Personne assurant l'intérim :**

Nom :  
Prénom :

Né(e) le :

Ecole ou établissement d'affectation :

RNE : 095.....

Ville :

**Directeur (trice) remplacé (e) :**

Nom :

Prénom :

Ecole ou établissement d'affectation :

RNE: 095.....

Ville :

Je déclare accepter l'intérim de direction de M. ou Mme

A l'école :

Fait à :

Signature :

Avis de l'Inspecteur (trice) de circonscription :

Fait à :

le :

Signature: