**Demande d’autorisation spéciale d’absence – Épidémie de Covid-19**

Je, soussigné(e) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Matricule : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Domicilié(e) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Direction/service : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Demande à bénéficier d’une autorisation spéciale d’absence (choisir un des motifs).

Je prends note que, dans tous les cas où cela est possible, je dois rechercher la meilleure conciliation possible entre ASA et travail (télétravail ou en présentiel), notamment en alternant les jours sur une semaine.

1. **🞏 Au titre de la garde d’enfants**

J’atteste : *(barrer la mention inutile)*

* Ne pas avoir d’autre mode de garde pour mon enfant / mes enfants,
* Faire le choix de garder mon enfant / mes enfants à mon domicile (cette possibilité peut donner lieu à autorisation d’absence jusqu’au 2 juin)

*(barrer la mention inutile)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom des enfants jusqu’à 16 ans (ou 18 si handicap) | Date de naissance | Établissement fréquenté  | Commune |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

🞏 Je suis le seul parent à demander / à pouvoir assurer la garde des enfants sur l’ensemble des jours de la semaine

**OU**

🞏 J’alterne avec l’autre parent pour assurer la garde des enfants. Dans ce cas de figure, je souhaite bénéficier de l’autorisation d’absence pour les jours suivants :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **🞏 Pour une raison liée à mon entourage**

J’atteste : *(barrer les mentions inutiles)*

* faire l’objet d’une préconisation médicale de confinement par mon médecin traitant en raison de l’infection au covid-19 d’une personne de mon entourage, ou d’une préconisation de confinement de mon médecin traitant en raison de la vulnérabilité d’une personne avec laquelle j’habite, au sens des 11 pathologies identifiées par le Haut conseil de la santé publique.

Tout certificat médical ou attestation justifiant d’une de ces raisons sera transmise à mon UGD. Le service des ressources humaines de ma direction pourra me redemander périodiquement ce certificat/attestation.

* devoir assumer la garde d’un proche atteint d’une maladie grave ou en situation de handicap, nécessitant une assistance continue, dès lors que le moyen habituel de prise en charge du proche n’est plus assuré en raison de l’épidémie de covid-19.

Pour bénéficier de cette autorisation au-delà du 2 juin, je fais une demande de don de jours auprès de la mission des temps de la DRH (formulaire disponible sur l’IntraParis : Je travaille à la Ville > je gère mon temps de travail).

Date du dépôt de la demande : …………………………………………………………………………………………………………..

Fait à ……………………………………………………………………….., le ……………………………………………

Signature :

Demande à transmettre au supérieur hiérarchique et au SRH de la direction