

CIRCONSCRIPTION :

IMPRIMÉ 3 – AUTORISATION D'ABSENCE POUR GARDE D'ENFANT MALADE

À remettre au secrétariat de circonscription par la voie hiérarchique

Demande n° établie pour l'année civile **2 0 1 4**

NOM et Prénom de l'enfant :	né(e) le :
Certificat médical du médecin :	(à joindre obligatoirement)
Autre pièce justificative :	

DEMANDEUR	CONJOINT
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Fonction :	Profession :
Lieu d'exercice :	Employeur (*) (secteur privé) :
<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel (précisez quotité) %	Ministère (*) (agent de l'Etat) :

▶▶ Droits annuels du demandeur (nombre de demi-journées travaillées dans la semaine + 2 demi-journées)	(A)	=	Demi-journée(s)
▶▶ Droits annuels du conjoint (*)	(B)	=	Demi-journée(s)
Total des droits familiaux annuels	(C)	=	Demi-journée(s)
▶▶ Contingent utilisé dans l'année civile : - par le demandeur	(D)	=	Demi-journée(s)
- par le conjoint(*)	(E)	=	Demi-journée(s)
Total du contingent utilisé	(F)	=	Demi-journée(s)
▶▶ Autorisation d'absence sollicitée du au inclus	(G)	=	Demi-journée(s)
Reliquat familial		= C – (F + G)	= Demi-journée(s)

(*) Pour le personnel ne relevant pas du Ministère de l'Éducation nationale, fournir – *lors de la première demande* – une attestation des droits annuels, et le cas échéant, le nombre actualisé de demi-journées d'absence obtenues dans l'année civile.

Fait à Le Signature du demandeur :	AVIS DU DIRECTEUR D'ECOLE :		
	Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable pour le motif suivant :	Mesure envisageable en cas de non-remplacement du demandeur :	Signature du directeur :



PARTIE À COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR



PARTIE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION



AVIS DE L'INSPECTEUR DE CIRCONSCRIPTION	A	Signature de l'IEN :
<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable pour le motif suivant : <i>Le service sera assuré par :</i>	Le	

DÉCISION DU DIRECTEUR ACADÉMIQUE DES SERVICES DE L'ÉDUCATION NATIONALE :

- Autorisation d'absence accordée avec traitement
- Autorisation d'absence accordée sans traitement
- Disponibilité sans traitement
- Autorisation d'absence refusée pour le motif suivant :

**COMPTE TENU DES AUTORISATIONS ACCORDÉES
DANS L'ANNÉE CIVILE 2014,
VOTRE RELIQUAT FAMILIAL EST DE :**



DEMI-JOURNÉES

A Charleville-Mézières, le
Pour le Directeur Académique des Services de l'Éducation
Nationale et par délégation, la secrétaire générale,

Sylvie BEYLAC

ATTESTATION

(A remplir par l'employeur du conjoint du fonctionnaire
en vue de l'octroi d'autorisation d'absence pour garde d'enfant malade)

Je soussigné (nom et qualité du signataire) :

responsable ou agissant pour le compte de l'entreprise ou de l'organisme ci-dessous désigné(e),

certifie que Madame, Monsieur

né(e) le

fait partie de nos effectifs.

Les dispositions applicables dans notre établissement :

- prévoient jours de congé rémunéré pour assister un enfant malade,
- ne prévoient pas de jours de congé rémunéré pour assister un enfant malade.

Cette attestation est délivrée à l'intéressé(e) sur sa demande, pour servir et valoir ce que de droit.

Cachet de l'Entreprise

Lieu et date :

Signature :