

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

accompagnant des élèves en situation de handicap

Référence : circulaire n°2268 du 02/08/2002

Formulaire à transmettre complété au pilote du PIAL pour avis et signature

DEMANDEUR : Département d'exercice : **Doubs** ☐ - **Jura** ☐ - **Haute-Saône** ☐ - **Territoire de Belfort** ☐

Nom, prénom :

PIAL : Lieu d'exercice :

Congé de fractionnement	Absence sur autorisation
Durée : du à heures au à heures , soit Journée(s) NB : les 2 jours de congé de fractionnement ne peuvent être pris qu'en ½ journées ou en journées complètes. Ce sont des congés payés, aucun justificatif n'est demandé. <i>Attention :</i> ➤ les rendez-vous médicaux ne sont pas des absences autorisées de droit avec traitement, elles sont décomptées des congés de fractionnement. ➤ En cas de recrutement en cours d'année scolaire, le nombre de demi-journées de fractionnement est proratisé. Fait à , le..... Signature de l'agent :	Durée : du à heures au à heures , soit Journée(s) ☐ garde d'enfant malade (joindre un certificat médical) + 1 fois par an joindre un justificatif de nombre de jours de garde pour enfant malade du conjoint ou ex-conjoint en cas de garde alternée ☐ évènement familial (joindre un justificatif) – préciser : ☐ examen ou concours (joindre une copie de la convocation) ☐ autre (hors RV médical) : préciser et joindre obligatoirement un justificatif : ☐ avec récupération – du au de h à h ☐ sans récupération Fait à , le..... Signature de l'agent :

VISA DU DIRECTEUR DE L'ECOLE ou DU CHEF D'ETABLISSEMENT du lieu d'exercice	
Observations :	
Fait à , le.....	Signature et cachet :

AVIS du PILOTE du PIAL	
☐ accordée ☐ refusée - Motif du refus :	
Fait à , le.....	Signature :

Après avis et signature du pilote de PIAL, document à transmettre au service interdépartemental de gestion des personnels AESH – BELFORT)

Date de transmission à l'employeur :

Département 25 :  ce.sigaesh25.dsden90@ac-besancon.fr
Département 70 :  ce.sigaesh70.dsden90@ac-besancon.fr
Département 90 :  ce.sigaesh90.dsden90@ac-besancon.fr
Département 39 :  ce.sigaesh39.dsden90@ac-besancon.fr

DECISION DE L'EMPLOYEUR	
Observations :	
☐ maintien de salaire ☐ sans maintien de salaire	
Fait à , le.....	Signature :