



RÉGION ACADÉMIQUE
LA RÉUNION

Liberté
Égalité
Fraternité



DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE
(Déposer 08 jours avant au Secrétariat)

DEMANDE DE REGULARISATION D'ABSENCE
(A déposer dès le retour dans l'établissement -
Sans préjudice de prévenir dans les plus brefs délais)

NOM – PRENOM :

DISCIPLINE OU FONCTION :

Sollicite une autorisation d'absence le :

Date (s) :

Heure (s) :

MOTIF DE L'ABSENCE :

(Pièces justificatives à joindre)

RECUPERATION DES HEURES OU DE SUBSTITUTION :

Récupération des heures non travaillées avec les élèves concernés

Veuillez compléter le tableau de modification temporaire d'emploi du temps ci-joint SVP

Date :

Signature :

VISA DU CHEF DE SERVICE		AUTORISATION DU CHEF D'ETABLISSEMENT	
Avis :		<input type="checkbox"/> Accordée	
		<input type="checkbox"/> Accordé avec récupération	
		<input type="checkbox"/> Refusée	
Date :	Fonction : Signature :	Date :	Le Provisieur, Jean-Charles BUET