DEMANDE D’AUTORISATION D’ABSENCE AESH

A transmettre au coordonnateur du PIAL d’exercice après avis du chef d’établissement ou du directeur d’école

Vous êtes en contrat avec :  La Direction des Services Départementaux de l’Education Nationale

 Le Lycée Sidoine Apollinaire

|  |
| --- |
| **Nom - Prénom**: …………….………………………………………………………………………. |
| **Affecté(e) au PIAL de** : ……………………………………………………………………….**Indiquer le(s) lieu(x) de travail** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| sollicite une autorisation d’absence de \_, \_ jour(s) pour la période **du** \_ \_ /\_ \_**au** \_ \_/ \_ \_ /\_ \_ Pour les demi-journées, préciser matin ou après-midi : …………………………**Motif** :  Examen ou concours (**joindre une copie de la convocation**)* Garde d’enfant malade (**joindre le certificat médical**)
* Autre raison (indiquer le motif avec précision et **joindre un justificatif**) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*A …………………………….. le / / 20 Signature :* |

|  |
| --- |
| 1. **Avis du chef d’établissement ou directeur d’école concerné**

Avis favorable Avis défavorable*Date et signature* |
| 1. **Décision du co-pilote du PIAL**  IEN  Chef d’établissement

La demande est Accordée  à plein traitement  sans traitement  réservée (décision soumise au DASEN)*Date et signature* |
| 1. **Décision du Directeur Académique des Services de l’Education Nationale**

La demande est Accordée  à plein traitement  sans traitement  refusée *A Clermont-Ferrand, le*  |