



direction des services  
départementaux  
de l'éducation nationale  
Manche



Date : .....

**DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE EXCEPTIONNELLE**

NOM : ..... Ecole : ..... Niveau : .....

Prénom : ..... Commune : .....

Date de l'absence : du ..... au ..... MOTIF (joindre Pièce Justificative) :

Durée : ..... jours .....

Signature : .....

**OBSERVATIONS DU DIRECTEUR**

..... Répartition possible dans d'autres classes  
 OUI       NON

.....

Signature du Directeur :

**AVIS / DECISION DE L'IEN**

ACCORDEE avec traitement       REFUSEE

ACCORDEE sans traitement      Motif : .....

Nombre de jours : ..... .....

Demande de remplacement      Date : .....      Signature de l'IEN

Répartition dans d'autres classes

Et si absence de plus de 2 jours, ou hors du territoire départemental, ou demande à titre syndical

**DECISION DU DIRECTEUR ACADEMIQUE DES SERVICES DE L'EDUCATION NATIONALE**

ACCORDEE avec traitement       REFUSEE

ACCORDEE sans traitement      Motif : .....

Nombre de jours : ..... .....

Date : .....