

**CACHET DE L'ETABLISSEMENT  
OU DE L'ECOLE**

Date limite de réception :  
**10 jours avant le début de la date de congé sollicité**  
A retourner impérativement à :  
**« mel du gestionnaire du secteur »**  
Fax : 05 61 17 71 41

**DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE DES PERSONNELS AESH ou CUI AVS**

Accompagnement des élèves  
en situation de handicap

**MOIS :**

| NOM PRENOM DU SALARIE | DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE   | DATE ET HEURES DE RECUPERATION | AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT (EPLÉ ou ECOLE)   | AVIS DE L'ETABLISSEMENT DE L'EMPLOYEUR   |
|-----------------------|--|--------------------------------|--|--|
|                       | du<br>au<br>de h à h<br><u>MOTIF :</u><br>Justificatif (convocation, certificat...)* | du<br>au<br>de h à h           | <input type="checkbox"/> Favorable<br><input type="checkbox"/> Défavorable<br><br>MOTIF :<br><br>Signature et Cachet : | <input type="checkbox"/> Favorable<br><input type="checkbox"/> Défavorable<br><br>MOTIF :<br><br>Signature et Cachet : |

A , le

Réservé à l'administration :

AESH Rectorat

AESH Déodat

CUI AVS

\* joindre obligatoirement un justificatif