

DATE LIMITE DE RECEPTION :  
**FIN DE MOIS** à dpae4.aed-public@ac-toulouse.fr  
 Fax : 05 61 17 71 41

**Accompagnement des élèves en situation de handicap (AESH COLLECTIFS)**

RELEVÉ D'ABSENCES

mois de \_\_\_\_\_

NOM ET PRENOM DU SALARIE	ABSENCES JUSTIFIEES (Maladie, Maternité, etc...) Joindre Justificatif (*)	ABSENCES INJUSTIFIEES (donnant lieu à retrait sur salaires)
	DATE(S) : Du _____ Au _____	DATE(S) : Du _____ Au _____

\* Joindre obligatoirement un justificatif (arrêt maladie, certificat médical, etc....)

**CACHET ET SIGNATURE DU CHEF D'ETABLISSEMENT**

Ville : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_