

Division du 1^{er} degré

Demande de congés liés à la santé des proches

Document à transmettre obligatoirement par voie hiérarchique

Motif :

- CONGE DE PRESENCE PARENTALE
 CONGE DE PROCHE AIDANT
 CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE

⇒ fournir un justificatif (voir fiche infos)

⇒ fournir un justificatif (voir fiche infos)

⇒ fournir un justificatif (voir fiche infos)

- 1^{ère} demande Renouvellement

LE DEMANDEUR

NOM :

Prénoms :

Grade : P.E titulaire Instituteur P.E. Stagiaire P.E contractuel AESH

Affectation :

Commune : Circ. :

Temps complet Temps partiel :%

Période du congé de présence parentale :

du ___/___/___

au ___/___/___ inclus

Jours de congés (dans la limite de 110 jours) :

tous les : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Ou jours variables : fournir un calendrier prévisionnel mensuel des absences

Précisions (en cas de ½ journées) :

Dates du congé de proche aidant ou de solidarité familiale :

Temps complet Temps partiel : I I% Fractionné

du ___/___/___

au ___/___/___ inclus

et, si prise fractionnée,

du ___/___/___

du ___/___/___/

du ___/___/___

au ___/___/___ inclus

au ___/___/___ inclus

au ___/___/___ inclus

Date de la demande :

Signature :

CADRE RÉSERVÉ À L'INSPECTEUR DE CIRCONSCRIPTION

Date :

Signature :