



DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

25, rue Leconte de Lisle
 CS 31014
 97872 SAINT-LOUIS CEDEX
 Tél : 0262 91 28 30
 Fax : 0262 26 18 40
 Courriel : ce.9740004l@ac-reunion.fr

NOM :

PRÉNOM :

GRADE OU FONCTION :

J'ai l'honneur de solliciter une autorisation d'absence le(s) pour le motif suivant :

L'emploi du temps concerné par mon absence sera le suivant :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
M ₁					
M ₂					
M ₃					
M ₄					
S ₁					
S ₂					
S ₃					
S ₄					

Je vous propose le remplacement suivant : le (s)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
M ₁					
M ₂					
M ₃					
M ₄					
S ₁					
S ₂					
S ₃					
S ₄					

À Saint- Louis le

- Visa ⁽¹⁾ -Chef de travaux
 -CPE
 -Gestionnaire

DÉCISION DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT

Accordé
 Sous réserve de remplacement
 Refusé pour le motif suivant :

 .
 Le// Le Proviseur
 Laurent HAMARD

¹⁾Rayer les mentions inutiles