

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE EXCEPTIONNELLE

NOM : [.....]

PRENOM : [.....]

Fonction : [.....]

Sollicite une autorisation d'absence le(s) :

[.....]

Motif de l'absence :

[.....]

ORGANISATION DU REMPLACEMENT (à compléter impérativement) :

	Cours à remplacer		Reporté le		
Classe	Date	Heure	Date	heure	Salle

Date :

Signature :

Avis

Proviseur Adjoint

Favorable - Défavorable

ou

D.D.F.P.T.

Motif :

Orléans, le

Signature

Autorisation

Accordée

Orléans, le

Refusée

le Proviseur

V. BARON