

**DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE EXCEPTIONNELLE DE L'ÉLÈVE
OU AMÉNAGEMENT DU TEMPS SCOLAIRE DU 2ND DEGRÉ**

A RETOURNER A L'ÉTABLISSEMENT au moins 15 jours avant l'absence

Ne pas transmettre les absences pour motif médical ou relatives à un projet éducatif, ainsi que pour les élèves ayant 16 ans qui ne sont plus soumis à l'obligation scolaire (article 131-8 du code de l'éducation).

PARTIE A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE LÉGAL qui devra le remettre à l'établissement

Nom de l'élève :

Prénom de l'élève :

Classe : Date de naissance : Sexe : ☐ garçon ou ☐ fille

Date du début de l'absence : Date de la fin de l'absence :

Nombre de jours d'absence effective demandés : jour(s)

En cas de demande identique effectuée pour un autre enfant, scolarisé dans le 1^{er} ou le 2nd degré, cochez la case ☐

Motif de la demande (Indiquez les raisons avec précision, le motif : "raison familiale" n'est pas accepté) – joindre un courrier argumenté et des justificatifs si nécessaire :

Responsable légal de l'enfant : (si pas rempli, l'établissement doit remplir les cases ci-dessous)

☐ Mme et/ou ☐ M. Nom de famille :

Adresse :

Code postal et ville :

Numéro de téléphone :

Je soussigné(e),

, **responsable légal de l'enfant**, demande une autorisation d'absence exceptionnelle pour les motifs exposés ci-dessus.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements apportés.

A , le Signature :

PARTIE A REMPLIR PAR LE CHEF D'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement :

Ville de l'établissement :

Nombre de jours de congés déjà sollicités dans l'année scolaire :	
Avis et signature du directeur de l'établissement : ☐ Favorable ou ☐ Refus Signature : Formulaire envoyé par mail à la DSDEN le :	La famille redonne le formulaire à l'établissement L'établissement l'envoie par mail à la division des élèves en le renommant par le NOM et le Prénom de l'élève au moins 15 jours avant l'absence