

DARH2

Boulevard de France Date :

91012 Evry Courcouronnes cedex

|  |
| --- |
| **DEMANDE D’AUTORISATION D’ABSENCE EXCEPTIONNELLE** **DES ACCOMPAGNANTS DES ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP** |

**NOM :** Ecole :

**Prénom :**  Commune :

Date(s) de(s) l’absence(s) : Circonscription :

Motif *(joindre* ***OBLIGATOIREMENT*** *une pièce justificative)* :

|  |  |
| --- | --- |
| **AVIS DU DIRECTEUR(TRICE) D’ECOLE :*** FAVORABLE
* DEFAVORABLE

Motif : | Date : Signature du Directeur(trice) (avec cachet de l’école) |
| **AVIS DE L’IEN** :* ACCORDEE avec traitement

Date : Signature de l’IEN (avec cachet de l’Inspection) |  **AVIS DE L’IEN** :* ACCORDEE sans traitement
* Nombre de jours :
* REFUSEE

Motif du refus : Date : Signature de l’IEN (avec cachet de l’Inspection) |
|  | **DECISION DE LA DSDEN** : Date : * ACCORDEE sans traitement
* Nombre de jours :
* REFUSEE

Motif du refus : |

***si absence de plus de 3 jours et/ou absence hors territoire national :***

**DECISION DU DIRECTEUR ACADEMIQUE DES SERVICES DE L’EDUCATION NATIONALE (DASEN)**

 Date :

* ACCORDEE avec traitementSignature :
* ACCORDEE sans traitement
* Nombre de jours :
* REFUSEE

Motif du refus :