

DARH 2

Boulevard de France Date :

EVRY COURCOURONNES 91012

**DEMANDE D’AUTORISATION D’ABSENCE EXCEPTIONNELLE**

**DES ACCOMPAGNANTS DES ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP**

**NOM :** Etablissement :

**Prénom :** Commune :

Date(s) de(s) l’absence(s) :

Motif (joindre **OBLIGATOIREMENT** un justificatif) :

|  |  |
| --- | --- |
| **AVIS DU CHEF D’ETABLISSEMENT :** 🞎 ACCORDEE AVEC TRAITEMENT Date :Signature du Chef d’établissement : (avec cachet de l’établissement) | **AVIS DU CHEF D’ETABLISSEMENT :** 🞎 ACCORDEE SANS TRAITEMENT* Nombre de jours :

🞎 REFUSEEMotif du refus :Date :Signature du Chef d’établissement :  (avec cachet de l’établissement) |
|  | **DECISION DE LA DSDEN** : 🞎 ACCORDEE SANS TRAITEMENT* Nombre de jours :

🞎 REFUSEEMotif du refus :Date : |

***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 :