ACADÉMIE
DE VERSAILLES
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de l'Essonne

NOM DE L'AGENT :

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

(à faire remplir par l'employeur du 2nd parent)

Je soussigné(e), *(nom et qualité du responsable)*

……

……

agissant pour le compte de *(nom et adresse de l'établissement)*

……

……

atteste que *(nom, prénom et adresse complète du salarié) :*

M……

……..

est salarié(e) de mon établissement, et *(1)*

☐ bénéficie d'une autorisation d'absence pour garder un enfant malade de moins de 16 ans de ……. jours rémunérés pour l'année scolaire 2025 - 2026.

☐ ne bénéficie pas d'autorisation d'absence pour garder un enfant malade de moins de 16 ans.

(1) cocher la situation

Fait à …….., le ……

Qualité du signataire

Signature Cachet

Document à retourner à La Direction des services départementaux de l'Education Nationale de l'Essonne – Service DEI3-4
Bd de France Georges Pompidou - 91012 EVRY CEDEX