



34 Boulevard Amilcar Cabral
97200 FORT-DE-FRANCE

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

☐⁽¹⁾

(A transmettre 48h avant le début de l'absence)

REGULARISATION D'ABSENCE

☐

NOM : PRÉNOM : FONCTION :

ABSENCE du de : à

MOTIF DE L'ABSENCE :

PIECE JUSTIFICATIVE JOINTE : OUI ☐ NON ☐⁽¹⁾

PROPOSITION DE COMPENSATION : (selon le motif de l'absence)

Horaires Jours et dates	7H 00- 7H 55	7H55- 8H 50	9H10- 10H 05	10H 05- 11H 00	11H 00- 11H 55	13 H 50 - 14 H 45	14 H45- 15h 40	15H 45- 16H 50
LUNDI								
MARDI								
MERCREDI								
JEUDI								
VENREDI								

Date :

Signature :

AVIS DU CHEF DE SERVICE

FAVORABLE avec traitement ☐

Date :

FAVORABLE sans traitement ☐

Signature :

DEFAVORABLE ☐

DECISION DU PROVISEUR

FAVORABLE avec traitement ☐

Date :

FAVORABLE sans traitement ☐

Signature :

DEFAVORABLE ☐

A Noter :

Destinataires des copies :

☐ Proviseur ☐ Proviseur Adjoint ☐ CPE ☐ Gestionnaire ☐ Intéressé(e)

(1) Cocher la case souhaitée