DEMANDE DE CONGE
(à remplir en double exemplaire)

INSPECTION DE L'EDUCATION NATIONALE

Circonscription : **FORT DE FRANCE 1**

☎ : 05 96 59 99 67 FAX : 05 96 59 99 79

Avis d'arrêt de travail

Maladie Maternité Enfant malade a) Autre motif :

(1^{ère} demande) { Congé de longue maladie
 Congé de longue durée

Prolongation { Congé de longue maladie
 Congé de longue durée

NOM :

Prénom :

Fonction : Corps : a) Instituteur – Professeur des écoles

Classe : Effectif :

Durée du congé (du au inclus)

Pièce justificative :

Demande transmise le : Signature de l'enseignant

a) Préciser

La directrice, le directeur	Cachet et signature
Demande reçue le :	
Transmise le :	

L'Inspecteur de l'Education Nationale	Observations de l'IEN	Cachet et signature
Demande reçue le :		
Transmise au Rectorat le :		