

**DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE**  
**Année scolaire 2025 – 2026**

**A retourner au Rectorat de GRENOBLE – DEP**

Je soussigné(e) :

NOM d'usage : .....

NOM patronymique (*nom de naissance*) : .....

Prénom : .....

Adresse actuelle : .....

.....

N° Téléphone : .....

Grade :       certifié     agrégé       PLP       PEPS     stagiaire       délégué auxiliaire

Etablissement d'affectation principale : .....

.....

RNE : .....

Discipline enseignée : .....

**Je sollicite à bénéficier d'une autorisation d'absence :**

**DE DROIT**

Travaux d'une assemblée publique élective

A titre syndical <sup>(1)</sup>

Candidat à une fonction publique élective

Préparation à un concours

Participation jury de Cour d'assise

Examens médicaux obligatoires dans le cadre de la grossesse et surveillance médicale annuelle de prévention en faveur des agents

Jury d'examen

**FACULTATIVE**

Événement familial : mariage, PACS, actes médicaux PMA <sup>(1)</sup>

Décès ou maladie très grave <sup>(1)</sup> : (conjoint, partenaire, père, mère, enfant)

Préciser le lien de parenté : .....

Préparation d'un concours ou examen, formation continue <sup>(1)</sup>

Fonctions publiques électives non syndicales

Appel sapeurs-pompiers volontaires

Raison de santé Grossesse, préparation de l'accouchement et allaitement sur avis médical,

Garde enfant malade.

Déplacement à l'étranger en vue d'une adoption.

Rentrée scolaire, représentant des parents d'élèves <sup>(1)</sup>

Sportif de haut niveau <sup>(1)</sup>

Autre motif (sans traitement) <sup>(1)</sup>

Motif détaillé <sup>(1)</sup> : **(joindre le justificatif)**

.....

.....

.....

.....

**L'absence souhaitée :**

Dates souhaitées d'absence : du ..... au .....

Nombres de jours : .....

**Récupération prévisionnelle pour les absences facultatives :**

Joindre le calendrier proposé de rattrapage des heures de cours non assurées. En l'absence, il sera procédé à une retenue sur salaire à hauteur de 1/30 indivisible par journée d'absence non récupérée.

Dates souhaitées de récupération : du ..... au .....

Nombres de jours : .....

Répartition du service hebdomadaire par demi-journée (cocher par demi-journée travaillée ; 1h dans une demi-journée vaut une demi-journée)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin						
Après-midi						

**ATTENTION** : aucune demande ne sera examinée sans pièces justifiant le motif

A....., le .....

Signature du maître :

**AVIS DU DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT**