

**DEMANDE D’AUTORISATION D’ABSENCE**

***A adresser par voie hiérarchique à l’École académique de la formation continue –***

***Rectorat, 6 rue de la Toussaint, 67975 STRASBOURG Au moins 10 jours avant la date de l’absence***

***Rappel : L’assiduité aux formations est une condition absolue de la validation de l’année. Toute autorisation d’absence ne saurait donc être qu’exceptionnelle.***

NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Master MEEF 2 / DU – parcours : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Etablissement d’exercice : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

J’ai l’honneur de solliciter une autorisation d’absence pour :

date et horaires : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cours/action de formation concerné(e) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Motif de l’absence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Obligatoire*** : Joindre un justificatif à la présente demande (attestation du chef d’établissement indispensable pour les actions en établissement).

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

***(Partie complétée par l’École académique de la formation continue)***

### AUTORISATION D’ABSENCE du

* accordée
* refusée

|  |  |
| --- | --- |
| Motif du refus : | Strasbourg, le ……………………….. |
|  | Emmanuelle PERNOUX Déléguée académique à la formation |