

DEMANDE DE REMPLACEMENT DE COURTE DUREE

| | | | |
|---|------------------------|--|---|
| Nom : | | Prénom : | |
| Le créneau d'absence concerné : | | Activité envisagée : | |
| Classe : Date : Heure : deh.... àh.... Salle : | | <input type="checkbox"/> J'ai besoin que l'on m'attribue une salle : | |
| Date : | Le demandeur signature | Décision | Date : |
| | | <input type="checkbox"/> Accordé <input type="checkbox"/> Refusé | La Proviseure O. DERUSSY |

Cette demande est à transmettre au secrétariat de direction, au moins 48h00 avant la date prévue du remplacement. Elle vous sera retournée pour information de la décision prise.

Diffusion : Proviseure Proviseur-adjoint secrétariat vie scolaire demandeur

Une fois de remplacement effectué, vous voudrez bien retourner cette feuille, dûment remplie et signée, au secrétariat de direction, pour validation du remplacement et mise en paiement.

VERIFICATION DU SERVICE FAIT & MISE EN PAIEMENT

| | |
|--|---|
| Je soussigné (e) : NOM Prénom..... | Remplacement répertorié et comptabilisé sous le numéro : Date :/...../20 |
| Atteste par la présente avoir effectué le remplacement ci-dessus désigné. Date :/...../20 | Signature |
| Signature | |