

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

DEMANDE DE REGULARISATION D'ABSENCE

AVEC REMPLACEMENT

NOM - PRENOMS :
NOMBRES DE JOURS SOLLICITES :
DU AU
MOTIF :

CALENDRIER DE REMPLACEMENT DES HEURES

JOURS	HEURES

Port-Louis, le

Signature de l'intéressé(e)

DECISION DU CHEF D'ETABLISSEMENT <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> accordée <input type="checkbox"/> avec remplacement <input type="checkbox"/> avec retenue <input type="checkbox"/> sans retenue
--

Port-Louis, le

signature du Proviseur

O. DERUSSY

DOCUMENT DE REMPLACEMENT DE COURS

Nom- Prénom:.....

Discipline :.....

Date de l'absence :.....

Durée de l'absence :.....

Motifs :.....

Cours prévus

Jour	Heure	classe

Remplacements prévus

Jour	Heure	classe

Port-Louis, le.....

Signature

Avis du proviseur adjoint :