

**PERSONNEL NON ENSEIGNANT**

**DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE   
CONGE MALADIE**

Cette demande est à adresser à l'I.E.N Marseille 15  
avec la pièce justificative

NOM et Prénom : .....

NUMERO I.N.S.E.E : .....

ÉCOLE : .....

FONCTION : Aide au directeur /AVS/ Assistant Pédagogique

ADRESSE PERSONNELLE : .....  
.....

NUMERO DE TÉLÉPHONE : .....

MOTIF DE LA DEMANDE : .....  
.....

DATE DE LA DEMANDE : .....

DURÉE DU CONGÉ : du ...../...../..... au ...../...../.....

NOMBRE DE JOURS : .....

SIGNATURE DU DEMANDEUR :

DATE ET SIGNATURE  
DU DIRECTEUR :

DATE ET SIGNATURE  
DE L'I.E.N :

**PERSONNEL NON ENSEIGNANT**

**DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE   
CONGE MALADIE**

Cette demande est à adresser à l'I.E.N Marseille 15  
avec la pièce justificative

NOM et Prénom : .....

NUMERO I.N.S.E.E : .....

ÉCOLE : .....

FONCTION : Aide au directeur /AVS/ Assistant Pédagogique

ADRESSE PERSONNELLE : .....  
.....

NUMERO DE TÉLÉPHONE : .....

MOTIF DE LA DEMANDE : .....  
.....

DATE DE LA DEMANDE : .....

DURÉE DU CONGÉ : du ...../...../..... au ...../...../.....

NOMBRE DE JOURS : .....

SIGNATURE DU DEMANDEUR :

DATE ET SIGNATURE  
DU DIRECTEUR :

DATE ET SIGNATURE  
DE L'I.E.N :