

N° de sécurité sociale :

CONGE : MALADIE ☐ MATERNITE ☐ ACCIDENT DE TRAVAIL ☐

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL ☐ PROLONGATION ☐

(Mettre une croix dans la case)

M./ Mme

Prénom :

Commune :

Ecole d'affectation :

Classe :

Code Etablissement n°

Date d'interruption de service :

Durée du congé demandé : du :au :

Adresse personnelle :

.....

Adresse pendant le congé :

.....

Date

Date :

Signature

La Directrice :

Le Directeur :

Signature :

L'enseignante :

L'enseignant :

Nom de jeune fille :

Visa de Madame, Monsieur l'Inspectrice ou l'Inspecteur de l'Education Nationale,
Circonscription de :

Le service est-il assuré ?

NOM et date de prise de fonction du remplaçant :

.....

.....

.....

A Le,

L'Inspectrice ou l'Inspecteur de l'Education Nationale:

Observations :

Certificat médical obligatoire joint ☐