

# DEMANDE DE CONGE

(Pour plus d'une demi-journée, sauf en cas d'accident, de maladie, de rendez-vous chez le médecin ou de décès d'un proche)

**Nom et prénom de l'enfant** \_\_\_\_\_

Adresse, NP lieu \_\_\_\_\_

Classe – degré \_\_\_\_\_

Enseignant(e) titulaire \_\_\_\_\_

Le/la soussigné(e) désire obtenir un congé pour son enfant

**Nom / prénom du représentant légal** \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

**Le congé est souhaité**

du \_\_\_\_\_ ( matin - .....)

au \_\_\_\_\_ (..... -  soir)

**Motif(s) précis de la demande**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Justificatif(s) en annexe

oui

non

Date et signature du représentant légal

\_\_\_\_\_

**Préavis / décision**

Préavis de l'enseignant(e) titulaire

positif

négatif

**Remarques de l'enseignant(e) titulaire**

\_\_\_\_\_

Date et signature

Préavis / décision de la direction

positif

négatif

Date et signature

**Remarques de la direction des écoles**

\_\_\_\_\_

La demande de congé est à remettre à l'enseignant(e) au minimum 2 semaines à l'avance.

\_\_\_\_\_