

**DEMANDE D'AUTORISATION DE SORTIE
DES PERSONNELS CUI AVS**



Cachet de l'établissement ou de l'école

Date limite de réception à la demande :
10 jours au minimum avant le début de la date de sortie
 A retourner impérativement à

Adresse mail du gestionnaire de service

Télécopie : 05 61 17 71 41

MOIS DE

Nom et Prénom du salarié :	Demande d'autorisation spéciale pour sortie scolaire	Date et heures de récupération si dépassement d'heures (20h maximum par semaine)	Disposition prise pour l'accompagnement de l'autre l'élève	AVIS du directeur d'école ou du chef d'établissement	AVIS de l'établissement employeur
	<p>Journée du Matin deh àh</p> <p>Après-midi deh.....à.....h.....</p> <p><u>Motif</u> :</p> <p><u>Lieu</u> :</p>	<p>du au</p> <p>deh àh</p>	<p>Du</p>	<p><input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable</p> <p>Motif :..... </p> <p>Signature :</p>	<p><input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable</p> <p>Motif :..... </p> <p>Signature et Cachet :</p>

A, le.....

Transmis au Rectorat DP4E4 le.....