

DATE LIMITE DE RECEPTION :
FIN DE MOIS à « mel du gestionnaire du secteur »
Fax : 05 61 17 71 41

Accompagnement des élèves en situation de handicap (AESH ou Contrat Unique d'Insertion)

RELEVÉ D'ABSENCES

mois de _____

NOM ET PRENOM DU SALARIE	ABSENCES JUSTIFIEES (Maladie, Maternité, etc...) Joindre Justificatif (*)	ABSENCES INJUSTIFIEES (donnant lieu à retrait sur salaires)
	DATE(S) : Du _____ Au _____	DATE(S) : Du _____ Au _____

* Joindre obligatoirement un justificatif (arrêt maladie, certificat médical, etc....)

CACHET ET SIGNATURE DU CHEF D'ETABLISSEMENT

Ville : _____, le _____