DEMANDE DE CONGÉ EXCEPTIONNEL

Coordonnées de l'élève	
Nom et prénom	
Classe – enseignant-e-s	

Coordonnées des parents ou du représentant légal	
Nom prénom	
Rue et n° Adresse	
N° de téléphone – portable	
E-mail (facultatif)	

Durée du congé et motif de la demande		
Date du congé demandé	Du	au
Motif détaillé de la demande *(joindre les justificatifs)*		

Coordonnées d'autres frère(s) sœur(s) concerné-e-s par la demande (1H à 11H)	
Nom et prénom	
Classe – enseignant-e-s	

Nom et prénom	
Classe – enseignant-e-s	

Nom et prénom	
Classe – enseignant-e-s	

Lieu, date et signature*	

* Si les parents partagent l'autorité parentale, mais n'habitent pas ensemble, la signature des deux est nécessaire.

Ce formulaire est à retourner au responsable d'établissement si possible 3 semaines avant le congé.

Décision du responsable d'établissement	
La demande est ☐ acceptée ☐ refusée *Les demandes refusées seront accompagnées d'une lettre explicative.*	
Lieu, date et signature du responsable d'établissement	

Cercle scolaire de Bas-Intyamon / Grandvillard – Philippe Fragnière – RE- Rte du Village d'Enbas 45 – 1665 Estavannens – direction.ep.geve@fr.educanet2.ch