

20 - 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 (<i>joindre les justificatifs</i>)	

Coordonnées d'autres frère(s) sœur(s) concerné-e-s par la demande (1 ^H à 11 ^H)	
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 <input type="checkbox"/> acceptée <input type="checkbox"/> refusée	
<i>Les demandes refusées seront accompagnées d'une lettre explicative.</i>	
Lieu, date et signature du responsable d'établissement	