

Inspection de BOULOGNE 2

 1 rue Salvador Allende – 62200 BOULOGNE S/MER

 Tel: 03 21 87 67 87

 Fax : 03 21 87 21 40

 Email : ce.0620241a@ac-lille.fr

(à compléter et à envoyer à l'IEN)

DEMANDE DE CONGE

NOM : _____ Nom de jeune fille : _____

 Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/19____

 N° d'INSEE : _____ Enseignant : titulaire stagiaire

 Affectation : _____ N° école _____

Sollicite un congé : le ____/____/20____ du ____/____/20____ au ____/____/20____

Cocher le type de congés (**joindre les pièces justificatives**) :

- Maladie Maternité Suite couche pathologique Paternité Solidarité familiale

 Prolongation de maladie Grossesse pathologique Adoption Présence parentale

DATE ET SIGNATURE :

L'Enseignant Le ____/____/20____	Le Directeur ou le Chef d'établissement Le ____/____/20____
-------------------------------------	--

----- Partie réservée à l'IEN -----

Transmet la demande au service académique mutualisé :

 DSDEN du Nord - Division des Personnels Enseignants du 1er degré Public - BGI 62 :

Cachet de la Circonscription :	Signature de L'IEN, Fabienne PATIN Le ____/____/20____
--------------------------------	---