

**Assistant d’éducation (AED)**

**ATTESTATION DE SERVICE NON FAIT**

**L’attestation doit être transmise au service payer par le/la Chef/Cheffe d’établissement**

**Employeur de l’AED :**

**Préciser le** **département d’affectation** : 🞎 24 🞎 33 🞎 40 🞎 47 🞎 64

M. / Mme (NOM et Prénom de l’AED) ……………………………………………………………………………………………………………………………...

affecté(e) en qualité d’assistant d’éducation) dans l’établissement (dénomination et RNE) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

a été absent(e) au cours de(s) période(s) suivantes : …………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nombre de journée(s) d’absence : ……………… jour(s).**

Une retenue sur salaire d’un trentième par journée d’absence sera effectuée par l’employeur sur le salaire de l’aed.

|  |
| --- |
| **Signature et tampon du/de la Chef/Cheffe d’établissement** |
| Le …………………… |

**🡺 Attestation signée à transmettre obligatoirement dans les 48 h suivant l’absence par courriel.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Statut** | **Destinataire** | **Courriel** |
| AED en CDD | **SAM (service payeur) - Département d’affectation** | |
| Dept. 24 | sam.paieaed24@ac-bordeaux.fr |
| Dept. 33 | sam.paieaed33@ac-bordeaux.fr |
| Dept. 40 | sam.paieaed40@ac-bordeaux.fr |
| Dept. 47 | sam.paieaed47@ac-bordeaux.fr |
| Dept. 64 | sam.paieaed64@ac-bordeaux.fr |
| AED en CDI | DSDEN 33 - DGIP AED (employeur) | dsden33-aed@ac-bordeaux.fr |