

**Direction des personnels enseignants  
DPE 6**

Affaire suivie par : Angélique Malterre

Tél : 05 57 57 38 00 – poste 44 72

Courriel : gestion.aed[@ac-bordeaux.fr](mailto:aedcasiersjudiciaires@ac-bordeaux.fr)

5, rue Joseph de Carayon-Latour CS 81499

33060 Bordeaux Cedex

**DEMANDE DE DOTATION DE SUPPLEANCE AED**

**DATE DE LA DEMANDE :**

**ETABLISSEMENT DEMANDEUR :**

**RNE :**

**ETABLISSEMENT AVEC INTERNAT :  OUI  NON**

**NOM et PRENOM DE L’ABSENT :**

**STATUT :    CDI  CDD**

**QUOTITE D’EMPLOI :   %**

**DATES D’ABSENCES :** Du………………………………..au…………………………………………….

**OBJET DE L’ABSENCE :**

**JOINDRE UN JUSTIFICATIF D’ABSENCE :** Copie de l’arrêt du médecin et/ ou arrêté GIGC

|  |  |
| --- | --- |
| **MOTIFS (cocher la case correspondante)** | |
| MALADIE |  |
| MATERNITE / PATERNITE |  |
| MATERNITE ET CONGE PATHO |  |
| COUCHES PATHO |  |
| AUTRE MOTIF A PRECISER OBLIGATOIREMENT  (dans la case commentaire) |  |

**COMMENTAIRES :**