

**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

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 :**