## Imprimé n°5

|  |  |
| --- | --- |
| DEPARTEMENT :   | Cachet de l’école (nom et adresse) : |
| ECOLE SOUS CONTRAT: | Code école (1) : (ex : 0351075D)  |

**DEMANDE DE CONGE**

**A TRANSMETTRE IMMEDIATEMENT A LA DPEP DES RECEPTION DE L’AVIS D’ARRET DE TRAVAIL, PAR COURRIEL DE PRÉFÉRENCE**

Désignation de l’établissement : 

Numéro de l’établissement : 

**COORDONNEES DU MAITRE**

Nom d’usage :  Prénom : 

Nom de famille :  Date de naissance : 

Qualité : 



**LE CONGE** (joindre pièce justificative)

  

 

  

**Date de début :  Date de fin :**

(Ces dates doivent concorder avec celles de l’avis médical)

Date de réception de l’arrêt de travail :

**Nom du remplaçant désigné (3) :**

A ..................................... le .............................................

Le Chef d’établissement

1. Code école à renseigner impérativement (ex. : 0351075D)
2. Joindre copie du « Guide de surveillance médicale » (fourni par la CPAM) qui indique la date prévue d’accouchement
3. Transmettre impérativement à **dpepremp1-22(ou 29, 35, 56)@ac-rennes.fr** la demande de remplacement afin de permettre la rémunération du suppléant.