

NOM – Prénom : .....

Congé :  de maladie Dates  
 de paternité Du : ..... au .....  
 accident du travail

Activités prévues (à détailler)		Site d'affectation	Autre site	
		Nombre d'heures eqTD	Nombre d'heures eqTD	Préciser site
1 <sup>er</sup> degré	M1			
	M2			
Encadrement éducatif	M1			
	M2			
PIF ECLA / CAPPEI				
PIF (EDLF-2ESD-POSEFI)				
DU (préciser le DU)				
FC 1 <sup>er</sup> degré				
MEEF 2nd degré (préciser parcours et UE)	M1			
	M2			
<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>Signature du responsable pédagogique du site</b>			<b>Signature de l'intéressé(e)</b>	