# **Demande d’autorisation spéciale d’absence**

# Nom :

# Prénom :

# Corps :

# Etablissement d’affectation :

# Motif (cocher la case correspondante)

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 | Pathologie mentionnée à l’article 2 du décret n° 2020-1098 du 29 août 2020 avec impossibilité de travailler à distanceJoindre impérativement un certificat médical d’isolement |
| 🞎 | Garde d’enfant(s) en raison d’une fermeture de classe ou d’établissement (crèche, école, collège, lycée) dans l’impossibilité de trouver une solution de garde et dans l’incapacité de télétravaillerJoindre impérativement un justificatif de fermeture de la structureJoindre également une attestation sur l’honneur de l’absence de solution de garde |
| 🞎 | Placement à l’isolement sur décision de l’agence régionale de santé ou de l’assurance maladie dans l’attente de résultat de testJoindre impérativement un certificat médical d’isolement |

# Date :

# Signature du chef de service :

# Signature du directeur des ressources humaines :