**FORMULAIRE DE DEMANDE**

**D’AUTORISATION SPECIALE D’ABSENCE (ASA)**

**(dans le cadre de l’évolution de l’épidémie COVID-19)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** | **Prénom :** |
| **Corps :** | |
| ❒ Corps d’inspection | ❒ Chef d’établissement |
| ❒ Enseignant 1er degré : ❒ public ❒ privé | ❒ Enseignant 2nd degré : ❒ public ❒ privé |
| ATSS : ❒ Administratif ❒ Santé ❒ Social | |
| **Fonctions :** | |
| **Affectation :** | |
| **Commune :** | |
| **Motif de l’ASA :**   * ❒ Personne présentant une vulnérabilité particulière (Décret du 29 août 2020) * ❒ Situation des cas suspects, contacts ou groupés * ❒ Situation des parents d’enfants ne pouvant être accueillis dans leur établissement * ❒ Vaccination | ***Pièces justificatives :***  *- Certificat d’isolement du médecin*  *- Certificat d’isolement établi par l’autorité sanitaire ou un médecin*  *- Attestation de l’établissement d’accueil de l’enfant ou certificat médical + attestation sur l’honneur de l’agent précisant qu’il ne dispose pas d’autre solution d’accueil*  *- Justificatif de rendez-vous vaccinal*  *-Attestation sur l'honneur (en cas d'effet secondaire)* |
| **Date de la demande** : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/ | *Signature de l’agent* |
| Date : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/  *Visa et cachet du supérieur hiérarchique* | **Décision du Recteur**   * ❒ Relève de l’ASA * ❒ Ne relève pas de l’ASA   Motif : ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  Date : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/  *Visa et cachet* |