académie Aix-Marseille
direction des services départementaux de l'éducation nationale Bouches-du-Rhône
Éducation nationale

DIVISION DES PERSONNELS ENSEIGNANTS
Bureau des Affaires Médicales et Accidents de Travail
Référence à rappeler :
03-01-20-1430-2-DP3.doc

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

☐ DEMANDE DE CONGE

ou

☐ PROLONGATION DE CONGE

☐ DE LONGUE MALADIE

☐ DE LONGUE DUREE

	Du : **au :**
NOM et Prénom	
Nom de Jeune-fille	
Date de naissance	
Situation de famille	
Adresse personnelle	
	Tél. :
Etablissement	
Grade	**Discipline :**
Congés déjà obtenus	☐ **CLM :** ☐ **Temps partiel thérapeutique :** ☐ **CLD :** ☐ **CLD obtenu avant janvier 1984 :** **Dans l'Académie de**

NB : Toute demande de CLM, CLD et de prolongation, une fois déposée, étant soumise à l'avis du Comité Médical, <u>aucune reprise n'est plus possible sans l'accord dudit Comité Médical</u>

Signature du chef d'établissement ou de l'I.E.N.

A _____ le _____
Signature de l'intéressé(e)

JOINDRE OBLIGATOIREMENT à ce document :

De la part du malade :
a)1 certificat médical justifiant la demande
b)1 certificat médical détaillé, sous pli confidentiel, adressé au Comité Médical Départemental (mentionner sur l'enveloppe l'identité du malade).
c) 3 enveloppes timbrées à son adresse

De la part de l'établissement : 1 Relevé des congés remontant sur douze mois.

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ Demande à établir en 2 exemplaires ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■