

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE  
INTERNES – F.F.I. – ETUDIANTS

NOM : ..... PRENOM : .....

Fonctions : ..... Service : .....

Pourra être joint(e) à ..... tél. : .....

Remplacement assuré par : .....

Demande d'autorisation d'absence : Du ..... au .....inclus

*Absence pendant laquelle AUCUNE GARDE N'EST PREVUE.*

Reprendra son service le .....

Nature du congé sollicité :

Congé Annuel  
(30 jours ouvrables par année universitaire)

Congé Exceptionnel (joindre les justificatifs) pour .....

Demande présentée le : .....  
Signature

Sous couvert du Chef de Service  
Signature :