

DEMANDE DE CONGE PARENTAL

Etat civil : Madame Monsieur

Nom d'usage :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :

Professeur des écoles Instituteur

Adresse personnelle :
.....

Téléphone :
Courriel :

Enfant objet de la demande:

Nom :
Prénom :
Date de Naissance :

Date de fin du congé de maternité ou de paternité : / /

Poste de l'enseignant : ECMA ECEL TR TRS DIR Stagiaire

Ecole :

RNE : **031** | _ | _ | _ | _ | _ | (remplir les 4 derniers chiffres et la lettre comme indiqué sur votre arrêté d'affectation)

Circonscription : HG | _ | _ |

Quotité actuelle de service : %

Durée du congé parental initiale demandé :

02 mois 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois 1 an (2 périodes de 6 mois)

En cas de renouvellement, durée souhaitée :

02 mois 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

À compter du : / /

Fait Le / / à

Signature de l'intéressé(e)

Cadre réservé à l'administration

Date :

Visa IEN