DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EDUCATION NATIONALE VENDEE
Service Académique de GEstion des Personnels Privés 1er degré - S.A.G.E.P.P.
Cité Administrative Travot – BP 777
85020 LA ROCHE SUR YON cedex
Fax : 02.51.62.73.63

Imprimé 11

DEPARTEMENT : □ 44 □ 49 □ 53 □ 72 □ 85	**Cachet de l'école (nom et adresse)**
ECOLE SOUS CONTRAT : □ D'ASSOCIATION □ SIMPLE	Code école __0__/____/____/____/____/____/____/____/

DEMANDE DE CONGE PARENTAL

☐ 1ère demande ☐ renouvellement

Je soussigné (e) : Nom de famille :

exerçant à (nom et adresse de l'établissement) :

en qualité de : ☐ contractuel ou agréé définitif ☐ provisoire

➔**sollicite un congé parental** du ..... au .....

Pour l'enfant (Nom Prénom) .....

Date de naissance ……/……/……

Rappel : le congé parental est accordé par périodes de 6 mois renouvelables. La demande de renouvellement doit être présentée au moins 2 mois avant l'expiration de la période en cours. Il prend fin au plus tard au 3ème anniversaire de l'enfant ou en cas d'adoption 3 ans à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer, et de ce fait, la dernière période peut être inférieure à 6 mois.

➔ Participation aux opérations de mutation : ☐ oui ☐ non

A…… le ……/……/……..

Signature

Observations du chef d'établissement :

Favorable ☐
Défavorable ☐ Motif :

A…… le ……/……/……..

Signature