

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 auinclus

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 :