

**DEMANDE D'AUTORISATION EXCEPTIONNELLE  
D'ABSENCE**

Je soussigné(e), Nom..... Prénom .....

Promotion ..... Année .....

demande une autorisation exceptionnelle d'absence durant le(s) temps de : TD – TP - TPG – CM - Stage

en date du..... pour une durée de.....heures

Soit de .....H..... à .....H.....

Le motif de la demande d'autorisation exceptionnelle d'absence est :

.....

Justificatif(s) joint(s) : Oui  Non

Date et signature de l'étudiant:

Avis du conseiller pédagogique: .....

Avis: Favorable  Défavorable

Motif: .....

Nom et prénom du conseiller pédagogique:

Date et signature :

Accord de la direction : Oui  Non

Commentaires: .....

.....

Date et signature de la directrice (ou par délégation d'un adjoint de direction) :

Saisie faite par le secrétariat

**1 L'ETUDIANT DEMANDE LA FICHE A SON CONSEILLER PEDAGOGIQUE, LA REMPLIT ET LUI REDONNE.**

**2 LE CONSEILLER PEDAGOGIQUE EMET UN AVIS ET TRANSMET LA FICHE A LA DIRECTION.**

TOUTE ABSENCE BENEFICIANT D'UNE AUTORISATION EXCEPTIONNELLE VALIDEE PAR LA DIRECTION IMPACTE LA FRANCHISE DE L'ETUDIANT. POUR LES ETUDIANTS EN STAGE, LES HEURES D'ABSENCES SONT A RATTRAPER SI L'ETAT DE SANTE DE L'ETUDIANT ET L'ORGANISATION DU SERVICE LE PERMETTENT. LES VALIDATIONS DU CONSEILLER PEDAGOGIQUE DU CADRE D'UNITE ET DE LA DIRECTION DE L'IFSI SONT ATTENDUS.