

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION SPÉCIALE D'ABSENCE (ASA)

Délivrée dans le cadre des dispositions prises pour la fonction publique en raison de l'évolution de l'épidémie de COVID-19 lorsque l'exercice des fonctions en télétravail ne peut pas être mise en œuvre

Circonscription : .....

École / Établissement : .....

Commune : ..... Classe : .....

### Informations concernant le personnel sollicitant l'ASA (à remplir par l'enseignant)

Nom : ..... Prénom : .....

Statut :  Titulaire  Stagiaire  Contractuel(le)  
Grade :  Instituteur  PE – Classe normale  PE – Hors-classe  PE – Classe exceptionnelle

### Motif et durée de l'ASA (à remplir par l'enseignant)

**Personnel considéré comme vulnérable** au sens du décret n°2020-521 du 5 mai 2020 (sous réserve d'une éventuelle évolution de la réglementation en la matière)

⇒ Joindre le certificat d'isolement ou le certificat médical fourni par le médecin

**Personnel identifié comme cas contact** (personnel placé à l'isolement sur décision de l'Agence régionale de santé ou de l'Assurance maladie et dans l'attente de résultats d'analyse)

⇒ Joindre le certificat d'isolement ou le certificat médical fourni par l'autorité sanitaire ou par le médecin

#### Parent d'un enfant de moins de 16 ans :

Dont la classe ou l'établissement d'accueil (crèche, école ou collège) fait l'objet d'une mesure de restriction  
⇒ Joindre l'attestation de l'établissement d'accueil et une attestation sur l'honneur rédigée par le parent précisant qu'il ne dispose pas d'autre solution d'accueil

Dont l'enfant de moins de 16 ans est identifié comme cas contact  
⇒ Joindre le certificat d'isolement ou le certificat médical de l'enfant et une attestation sur l'honneur rédigée par le parent précisant qu'il ne dispose pas d'autre solution d'accueil

Date de début de l'ASA : ..... / ..... / 20.....

Date de fin de l'ASA (si celle-ci est précisée sur le certificat) : ..... / ..... / 20.....

Fait à : ..... Signature de l'enseignant(e) :

Le ..... / ..... / 20 .....

### Télétravail (à remplir par l'IEN de circonscription)

Indiquez la raison pour laquelle il n'a pas été possible de mettre en place le télétravail :

.....  
.....

Fait à : ..... Signature de l'IEN de circonscription :

Le ..... / ..... / 20 .....