FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONGE SPECIAL

|  |  |
| --- | --- |
| Coordonnées de l’élève | |
| Nom et prénom de l’élève | Texte |
| Adresse du domicile |  |
| Année de scolarité |  |
| N° de téléphone - portable |  |
| Degré de scolarité et classe |  |
| Etablissement scolaire |  |
| Nom et prénom de l’enseignant titulaire |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Coordonnées des parents ou du représentant légal | |
| Nom et prénom |  |
| Adresse |  |
| N° de téléphone - portable |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Demande  (dans la mesure du possible, à déposer dans un délai de 3 semaines avant le départ ; y joindre les documents justificatifs) | |
| Date du congé demandé | Du \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Motif détaillé de la demande  (joindre les justificatifs) | texte |
|  | |
| Coordonnées d’autres frère(s)/sœur(s) concerné-es par la demande | |
| Nom et prénom |  |
| Année de scolarité |  |
| N° de téléphone - portable |  |
| Degré de scolarité et classe |  |
| Etablissement scolaire |  |
| Nom et prénom de l’enseignant titulaire |  |
|  |  |
| Nom et prénom |  |
| Année de scolarité |  |
| N° de téléphone - portable |  |
| Degré de scolarité et classe |  |
| Etablissement scolaire |  |
| Nom et prénom de l’enseignant titulaire |  |
|  |  |
| Nom et prénom |  |
| Année de scolarité |  |
| N° de téléphone - portable |  |
| Etablissement scolaire |  |
| Nom et prénom de l’enseignant titulaire |  |

Lieu et date : …………………………..……..……..…………..Signature :……………….……………..

A remplir et à retourner à :

* Directeur d’établissement (pour le CO – jusqu’à 5 jours par an)
* Inspectrice des écoles du CO ( pour le CO – au-delà de 5 jours par an) Rue de l’Hôpital 1, 1700 Fribourg
* Enseignant et responsable d’établissement (pour le primaire – jusqu’à 3 jours par an)
* Inspecteur scolaire (pour le primaire – au-delà de 3 jours par an) Ch. des Mazots 2, 1700 Fribourg