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