

Coordonnées de l'établissement scolaire :

.....

.....

☎ : / / /

☎ : / / /

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE CUI

(à établir au moins 48 h avant l'absence)

Date de la demande : ou Date de la régularisation :

Nom : Prénom :

Date de début et de fin de contrat en cours : du au

Type de contrat :

- EVS (employé de vie scolaire – aide administrative au directeur d'école)
- ASEH (aide à la scolarisation des enfants handicapés)

Date de l'absence : du/...../..... au/...../..... soit heures

Ou Durée de l'absence : le/...../..... de h..... à h..... soit heures

Motif : (joindre un justificatif)

- Formation
- Evénements familiaux
- Autre

A préciser :

.....

.....

Récupération : (à fixer avec le responsable de l'établissement)

NON OUI Date : Heures à préciser :

Date : Heures à préciser :

Date : Heures à préciser :

Signature du salarié

Signature du responsable de l'établissement
Précédée de la mention « Bon pour accord »

CADRE RESERVE AU LYCEE GUSTAVE EIFFEL

Avis favorable

Avis défavorable

Observations :

.....

.....

Pour le Proviseur et par délégation,

L'intendant

Coordonnées de l'établissement scolaire :

.....

.....

☎ : / / /

☎ : / / /

DEMANDE DE CHANGEMENT D'HORAIRE CUI

(Faire la demande 15 jours avant le changement d'horaires souhaité)

Nom : Prénom :

Date de début et de fin de contrat en cours : du au

Type de contrat :

- EVS (employé de vie scolaire – aide administrative au directeur d'école)
- ASEH (aide à la scolarisation des enfants handicapés)

1) Nouveaux horaires applicables à compter du jusqu'à la fin du contrat

2) Modification ponctuelle du au

EMPLOI DU TEMPS SOUHAITE 20 heures et/ou 24 heures

JOURS	A hauteur de 20 h sur la semaine	A hauteur de 24 h sur la semaine	Lieu d'exercice matin (si plusieurs écoles)	Lieu d'exercice après midi (si plusieurs écoles)
LUNDI				
MARDI				
MERCREDI				
JEUDI				
VENDREDI				

Fait à

Le

Signature du salarié

Nom, Signature et qualité du responsable de
l'établissement
Précédée de la mention « Bon pour accord »

Demande de prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement correspondant aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail (décret n°2010-676 du 21 juin 2010)

Nom : Prénom :

- ♦ **AIDE HANDICAPE** (aide à la scolarisation des enfants avec handicaps)
- ♦ **ASS DIRECTION** (aide administrative aux directeurs d'école)

Employeur : LYCEE GUSTAVE EIFFEL
96 RUE JULES LEBLEU
BP 111
59427 ARMENTIERES Cedex

1. CADRE A REMPLIR PAR L'AGENT

Adresse personnelle complète

.....
.....
.....

Lieu de travail

Adresse complète :
.....
.....

JOINDRE UN JUSTIFICATIF OBLIGATOIREMENT (FACTURE, TICKETS...)

Nature de l'abonnement souscrit auprès du transporteur

- Abonnement multimodal à nombre de voyages illimité
- Carte ou abonnement annuel ou abonnement à renouvellement tacite à nombre de voyages illimité ou limité
- Carte ou abonnement mensuel ou abonnement à renouvellement tacite à nombre de voyages illimité ou limité
- Carte ou **abonnement** hebdomadaire ou abonnement à renouvellement tacite à nombre de voyages illimité ou limité
- Abonnement à un **service** public de locations de vélos

Coût de l'abonnement : € (prix public du transporteur)
Pour le mois de :

Je déclare que :

- ♦ Je ne bénéficie à aucun titre de la prise en charge des frais de transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail ou d'indemnités représentatives de frais pour les déplacements domicile-travail.
- ♦ Je ne bénéficie pas d'un logement de fonction ne me faisant supporter aucun frais de transport pour me rendre à mon lieu de travail.
- ♦ Je ne bénéficie pas d'un véhicule de fonction.
- ♦ Je ne bénéficie pas d'un transport collectif gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail.
- ♦ Je ne suis pas transporté gratuitement par mon employeur
- ♦ Je ne bénéficie pas des dispositions du décret n°83-588 du 1^{er} juillet 1983 et ne suis pas atteint d'un handicap dont l'importance empêche l'utilisation des transports en commun.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement toute modification de ma situation administrative ou personnelle susceptible d'avoir une incidence ou le montant de la prise en charge.

Fait à le
signature de l'agent

2. CADRE RESERVE AU LYCEE GUSTAVE EIFFEL

Coût de l'abonnement : € (prix public du transporteur)

Modalité de la prise en charge partielle (montant total max : 72,75€)

- ♦ Si versement direct à l'agent _____ €
 - ♦ Si versement au transporteur _____ €
- Total : _____ €

- ♦ Si formule mixte, montants respectifs _____ €
_____ €

Signature de l'employeur :

LYCEE GUSTAVE EIFFEL
96 RUE JULES LEBLEU
BP 111
59427 ARMENTIERES Cedex

CHANGEMENT DE SITUATION CUI

NOM : PRENOM :

Date de contrat : DU AU

Date à laquelle le changement prend effet : à partir du

Changement d'adresse :

Ancienne adresse :	Nouvelle adresse :
.....
.....
.....

Changement de numéro de téléphone :

Changement de Relevé d'Identité Bancaire ou Postal :

- Joindre le nouveau RIB ou RIP.

Changement de situation familiale : (en cas de changement de nom)

NOM DE JEUNE FILLE NOM MARITAL

PRENOM

- Pour tout changement de situation familiale (mariage, divorce) nous fournir une copie de l'acte de mariage ou acte de décision de divorce.
- Joindre un RIB ou RIP avec nouveau nom.