



RÉGION ACADÉMIQUE MAYOTTE

Liberté
Égalité
Fraternité

Annexe 4

Demande de congé de présence parentale

- ☐ Enseignant (e) relevant du 1^{er} degré - DPE1D : mvt1d@ac-mayotte.fr / dep@ac-mayotte.fr
- ☐ Enseignant (e) relevant du 2nd degré - DPE2D : dpe@ac-mayotte.fr / mvt@ac-mayotte.fr

☐ 1^{ère} demande

☐ Renouvellement

Nom : Prénom :

Date de naissance : Téléphone portable/fixe :

Adresse complète :

Ecole ou établissement d'affectation actuelle :

Corps/grade/Discipline¹ : Courriel académique² :

SOLLICITE POUR L'ANNEE SCOLAIRE : /

Congé de présence parentale (joindre les pièces justificatives et **une demande écrite**) :

Nom de l'enfant malade :

Date de naissance de l'enfant malade :

Je reconnais être informé(e) qu'en cas d'obtention d'un congé de présence parentale, **la durée est fixée à 310 jours ouvrés maximum d'une période de 36 mois et celui-ci débute à la date du certificat médical établi.**

Date du congé de présence parentale souhaitée :

Fait à, le/...../..... Signature du demandeur :

¹ Pour les enseignants stagiaires, la demande du congé de présence parentale est soumise à la titularisation.

² Adresse mail académique sera utilisée obligatoirement pour toute correspondance avec les divisions 1D et 2D.