



FORMULAIRE DE DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE CONGE PARENTAL

Imprimé à retourner impérativement par voie hiérarchique à la DIV-RH
au moins 1 mois avant la fin du congé en cours

Je soussigné(e),

NOM d'usage :

NOM de naissance :

Prénom :

Adresse personnelle :

Numéro de téléphone fixe : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

Numéro de téléphone portable : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

Messagerie professionnelle :@ac-grenoble.fr

Enfant :

Nom date de naissance de l'enfant ouvrant droit au congé parental :

.....

Né(e) le / ____ / ____ /20 ____

Poste occupé à la date de la 1ère demande :

Ecole :

Ville :

Circonscription :

Nature du poste occupé lors de la première demande :

- enseignant classe élémentaire
- enseignant spécialisé
- chargé d'école
- Titulaire remplaçant (*indiquer l'école de rattachement*)
- directeur
- enseignant classe maternelle
- titulaire de secteur

Sollicite la prolongation du congé parental à compter du : / ____ / ____ /20 ____

Durée souhaitée : _____

Fait àle / ____ / ____ /20 ____

Signature de l'intéressé(e)

VISA DE L' IEN
