**ANNEXE 5**

**Attestation pour soins à enfant malade (SAEM)**

**Année civile 2024**

*Document à retourner à votre gestionnaire :*

* *Par courriel (cf. Annexe 1)*

|  |
| --- |
| *A faire compléter par l’employeur de votre conjoint(e).**Si ce document n’est pas retourné, seul le nombre de demi-journées réglementaire sera autorisé*. |

Je soussigné(e) [*civilité, nom et prénom de l’employeur*] …………………………………………………………………

certifie que [*civilité, nom et prénom de l’employé(e)*] ……………………………………………………………………..

employé(e) depuis le ……/……/………… à [*nom et adresse de l’entreprise*] : …………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

et conjoint(e) de [*civilité, nom et prénom du (de l’) enseignant(e)*] ………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  bénéficie | d’autorisations d’absences pour soins à enfant(s) malade(s). |
| [ ]  ne bénéficie pas |

Il lui est accordé à ce titre un contingent de ……….. demi-journées d’absences rémunérées pour la période du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2023.

[*Civilité, nom et prénom de l’employé(e)*] ………………………………………………………………………………….

[ ]  Renonce au bénéfice des demi-journées d’absence au profit de son (sa) conjoint(e).

[ ]  Conserve le bénéfice de ses demi-journées d’absences.

Fait à …………………………., le ……./……./………….

Cachet et signature de l’employeur :