**ANNEXE 4**

**Questionnaire destiné aux autorisations d’absence pour soins à enfant malade (SAEM)**

**Année civile 2024**

*Document à retourner à votre gestionnaire :*

* *Par courriel (cf. Annexe 1)*
1. **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FONCTIONNAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : ………………………………………………….. | Prénom : ……………………………………………….. |
| Grade : ……………………………………………….... | Département d’exercice : …………………………….. |

Affectation et Ville : …………………………………………………………………………………………………………...

Circonscription : ………………………………………………………………………………………………………………

**Emploi** [*cocher la case correspondante*] :

[ ]  Temps complet (100%)

[ ]  Temps partiel (……….%)

* Nombre de demi-journées travaillées par semaine : ………………………..
* Répartition [*rayez les mentions inutiles*] :

Lundi matin / après-midi Mardi matin / après-midi Mercredi matin / après-mid

Jeudi matin / après-midi Vendredi matin / après-midi

**Situation familiale** :

[ ]  Célibataire….[ ]  Marié(e)….[ ]  PACS….[ ]  Concubinage…. [ ]  Séparé(e)…. [ ]  Divorcé(e)….[ ]  Veuf(ve)

1. **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE/LA CONJOINT(E)**

Nom : …………………………………………………… Prénom : ……………………….……………………………

[ ]  Fonctionnaire

Employeur : …………………………………………………………………………………………………….………..

[ ]  Non-fonctionnaire

Nom et adresse de l’employeur : ……………..…………………………………..…………………………………..

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

[ ]  Demandeur d’emploi (joindre obligatoirement un justificatif)

Nombre de demi-journées accordées au conjoint par année civile pour soins à enfant(s) malade(s) : ………………

**N.B.** : Joindre obligatoirement une attestation (cf. Annexe 4) délivrée par l’employeur attestant l’attribution ou non-attribution d’un contingent de demi-journées d’absence par année civile pour soins à enfants malades. Un parent peut renoncer au bénéfice de ses autorisations d’absence au profit de l’autre parent.

1. **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’/LES ENFANT(S)**

Nombre d’enfant(s) à charge : …………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’enfant** | **Prénoms de l’enfant** | **Date de naissance de l’enfant** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**N.B.** : Les autorisations d’absence pour soins à enfants malades ne sont accordées que pour des enfants âgés de moins de 16 ans. Toutefois, aucune limite d’âge n’est opposée aux enfants en situation de handicap.

|  |
| --- |
| ***Signaler rapidement tout changement de situation à votre gestionnaire.*** |

Fait à ……………….……………, le ……/……/………..

Signature de l’agent :