RÉGION ACADÉMIQUE GUYANE
Liberté
Égalité
Fraternité

COLLECTIVITE TERRITORIALE DE GUYANE

DEMANDE DE RATTRAPAGE

(à déposer 48 heures avant l'absence)

Nom : …… **Prénom** : ……

Fonction : ……

Sollicite l'autorisation de rattraper le(s) cours du ……au……

Motif du rattrapage : ……

Proposition de rattrapage :

Cours non assurés				**Reportés comme suit**		
Classes	Dates	Heures	Salles	Dates	Heures	Salles

Date : ……. Signature du demandeur :

Décision du chef d'établissement :

- ○ Accordé
- ○ Refusé

Motif en cas de refus : ……

……

Cayenne le, …….. Signature du Proviseur

Lycée Professionnel MAX JOSEPHINE
Avenue VOLTAIRE - 97305 Cayenne Cedex
Courriel : ce.9730003r@ac-guyane.fr / TEL : 0594 253 966 / FAX : 0594 300 039