|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **À compléter par le centre scolaire** | **Enseignant-e absent-e** | **Centre scolaire ou autre :** **Choisissez un élément** Lieu d'enseignement : **Choisissez un élément.**Titulaire absent·e :  Fonction : **Choisissez un élément.** Remplacement pris en charge à 100% par le DFDS, selon liste officielle disponible sur le site du SEEO, code : **Choisissez un élément.** | **Année-s :****1** **[ ]  2** **[ ]  3** **[ ]  4** **[ ]  5** **[ ]  6** **[ ]** **7** **[ ]  8 [ ]  9 [ ]  10 [ ]  11 [ ]** **FR [ ]  FS [ ]  TE [ ]** **Classe d’accueil [ ]**  |
| **Motif précis de l'absence : Choisissez un motif**Si le motif est autre, merci de préciser : Premier jour d'absence le :  Reprise dès le :  (uniquement si reprise)Certificat médical : **Choisissez un élément.** Déclaration d'accident : **Choisissez un élément.** |
| **Remplaçant-e** | [ ]  Madame [ ]  MonsieurNom :Prénom : Adresse : Localité :  | Né·e le : État civil : Nationalité : Permis :  | N° assurance sociale AVS :IBAN : Cotise à **CPCN** : [ ]  non [ ]  oui, par quel employeur :       |
| Le/la remplaçant·e est-il/elle titulaire dans le centre où le remplacement a été effectué ? [ ]  oui [ ]  nonLe/la remplaçant-e a-t-il/elle un titre pédagogique ? [ ]  oui [ ]  non |
| Si oui, lequel et année d'obtention*(obligatoire)* : **Choisissez un élément.** délivré en Si options, veuillez préciser : Titre académique obtenu : **Choisissez un élément.**dans la ou les disciplines suivantes :  |
| **Remplacement** | Le remplacement a duré du  au **,**  pendant ★  jour-s.Discipline·s réellement enseignée·s **et** nombre de périodes de/la·des discipline·s (détail) : Nombre de périodes effectivement remplacées : indice : Remplacement supérieur à 1 mois :  périodes/hebdomadaires par discipline, indice :À indiquer l’horaire hebdomadaire : lundi [ ]  mardi [ ]  mercredi [ ]  jeudi [ ]  vendredi [ ] Déplacement de plus de 12 km depuis le domicile uniquement pour ce remplacement [ ]  non [ ]  oui, en fonction du nombre de jours effectifs : ★**Fr.** ………….(à payer par l’organe de paiement)**Attestation de gain intermédiaire demandée à l’organe de paiement : [ ]  oui [ ]  non**Remarque :  Date : …………………Fiche remplie par : ……………………Visa du centre :   |
| **À compléter par le SEEO** |  | Indemnité par période : Fr. …………………… Réduction 15% : [ ]  Oui [ ]  Non  périodesIndemnité par période : Fr. …………………… Réduction 15% : [ ]  Oui [ ]  Non  périodesClasse de traitement : ……….. Échelon : ………..Indice : ………….  périodesClasse de traitement : ……….. Échelon : ………..Indice : ………….  périodesTraitement servi par : [ ]  Cercle scolaire [ ]  Institution [ ]  HEP [ ]  OISO [ ]  Autre :……………..[ ]  Subventionnement à 45% [ ]  Sans subventionnement [ ]  Pris en charge par le DFDS à 100% Convenance personnelle : nombre de période·s ………et à déduire montant par période **Fr.**  **À remplir pour remplacement mensuel**Mois de                       / 30ème de       /       Mois de                       / 30ème de       /       Droit aux vacances       / 30ème de       /       Droit aux vacances       / 30ème de       /       Remarque :  Date :  Visa du SEEO :   |