|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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  Monsieur  Nom :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  non  Le/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  périodes  Indemnité par période : Fr. …………………… Réduction 15% :  Oui  Non  périodes  Classe de traitement : ……….. Échelon : ………..Indice : ………….  périodes  Classe de traitement : ……….. Échelon : ………..Indice : ………….  périodes  Traitement 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 : | | | |