

Nom de l'établissement : []

Commune : []

RNE : []

Division de l'Organisation Scolaire
DOS

**FORMULAIRE de DEMANDES – heures supplémentaires effectives pour les
Assistants d'éducation (AED)**

(état à adresser à la DOS par mail : ce.93dos@ac-creteil.fr)

Affaire suivie par :
Julien MILLARD
Véronique JEAN-CHARLES
Saliha SEHAD

Motif de la demande : []

Tél : 01 43 93 73 46
Tél : 01 43 93 73 57
Tél : 01 43 93 70 60

Personnel assurant la suppléance :

Nom d'usage : []

Nom de famille : []

Date de naissance : []

Mél : ce.93dos@ac-creteil.fr

Statut (AED Cdisé/ AED non Cdisé) : []

8 rue Claude Bernard
93 008 BOBIGNY Cedex
www.dsden93.ac-creteil.fr

Remplacements prévus :

Personne à remplacer : NOM, Prénom, statut (CDI ou CDD)	Dates du remplacement	NOMBRE d'HSE
[]	[]	[] HSE
[]	[]	[] HSE
TOTAL		[] HSE

Fait à []

Le []

Le Chef d'établissement

[]

