|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | |  | | |  |  | |  | |  |  | | |  |  | |  | |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |

**DEMANDE D’ORDRE DE MISSION POUR**

**DES FRAIS DE DEPLACEMENT**

**- avec accord préalable -**

* **FORMATION / EXAMEN : Goethe-Zertifikat**

**❖ NOM(S) DE(S) L’ENSEIGNANT(S) :**

**❖ COLLEGE/LYCEE/ECOLE:**

**❖ VILLE:**

**❖ DATE (S) DU DEPLACEMENT AVEC HEURE DE DEBUT ET DE FIN DE MISSION:**…………………………………………………………………………………………………………

**❖ LIEU (X) DU DEPLACEMENT :**

**❖ OBJECTIFS:**

|  |
| --- |
| Signature valant pour accorddu chef d’établissement (si sur temps de travail) / de l’IEN de la circonscription |
| NOM :  DATE : SIGNATURE : |
|

**Ce document devra être adressé par le secrétariat de l’établissement (copie à l’enseignant) à** :

* **Rectorat- Darilv**

6, rue de la Toussaint – 67975 Strasbourg Cedex 9

🡪 ***au moins 15 jours avant la date du déplacement***

**ET**

**par voie électronique** à : ce.maeri@ac-strasbourg.fr