



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



## Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap (AESH)

### PROCES VERBAL DE REPRISE DE TRAVAIL

**Document à remplir à l'issue de chaque congé**

#### DESTINATAIRE

Service Gestion des AESH

Lycée Edgar Quinet – 0010014k

[aesh-quinet.0010014k@ac-lyon.fr](mailto:aesh-quinet.0010014k@ac-lyon.fr) / [mut-paye.ain@ac-lyon.fr](mailto:mut-paye.ain@ac-lyon.fr)

Je soussigné \_\_\_\_\_ Directeur de l'école ou Chef d'établissement

certifie que

**NOM Prénom de l'AESH :** \_\_\_\_\_

a bien repris, à l'issue de son congé, ses fonctions en date du \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature et tampon de l'autorité fonctionnelle

(Directeur de l'école ou Chef d'établissement)