



RÉGION ACADÉMIQUE  
GUYANE

Liberté  
Égalité  
Fraternité

Bcde n°.....

## FORMULAIRE D'EXPRESSION DU BESOIN

A RETOURNER PAR MAIL COMPLÉTÉ ET SIGNÉ

DIVISION EXAMENS/CONCOURS [dec.fin@ac-guyane.fr](mailto:dec.fin@ac-guyane.fr) → 0594 27 21 81 → Mme Castorix-Luap Véronique  
0594 27 20 20 → Mme Mathieu Tania

**JOINDRE IMPÉRATIVEMENT : CONVOCATION + PIÈCE D'IDENTITÉ + ATTESTATION SUR L'HONNEUR  
INDIQUANT NE PAS AVOIR BÉNÉFICIÉ DE BILLET POUR LA PRÉSENTE  
SESSION + AUTORISATION D'ABSENCE SIGNÉE DE VOTRE SUPÉRIEUR  
HIÉRARCHIQUE.**

NOM DE NAISSANCE : ..... Prénom : .....

Date De Naissance (obligatoire) : .....

Grade : ..... Fonction Exercée : .....

Téléphone Mobile ou fixe : ..... Mail académique : .....

Etablissement d'exercice : .....

Motif du Déplacement : .....

Date : ..... Lieu : .....

Réf résa .....

**AVION**  PARIS  Guadeloupe  Autre (à préciser) .....

Date de départ : ..... Date de retour : .....

**SIGNALE** : La politique de déplacement vers la métropole est la suivante :  
départ l'avant veille / retour le lendemain de la convocation.

**TRAIN** → ITINÉRAIRE : .....

Date et horaire de départ : ..... Date et horaire de retour : .....  
.....  
.....

Le .....  
Signature de l'intéressé(e)

Le .....  
signature du supérieur hiérarchique

Le .....  
Accord du Recteur