

## GRÈVE DU

### DÉCLARATION D'INTENTION DE GRÈVE

Je, soussigné Monsieur, Madame

*Nom et prénom à compléter*

Nom COMPLET de l'école dans laquelle <b>un service d'enseignement sera assuré le</b> (N.B. pour les TR, école dans laquelle sera effectué un remplacement)	COMMUNE

CIRCONSCRIPTION

**DÉCLARE MON INTENTION DE PARTICIPER A LA GRÈVE DU**

Fait à

le

Signature (obligatoire)

**A transmettre à :**

**Inspection académique de la Drôme  
Division des personnels enseignants**

**Exclusivement**

- par télécopie au : 04 75 82 35 10 ou 04 75 82 35 20
- par courrier électronique uniquement à l'adresse suivante : [sma26@ac-grenoble.fr](mailto:sma26@ac-grenoble.fr)
- par voie postale

DATES DE LA GREVE	DATES ULTIMES DE RECEPTION DECLARATIONS DE GREVE
Lundi	Jeudi minuit
mardi	samedi minuit
jeudi	lundi minuit
vendredi	mardi minuit

PRÉVOIR LES DÉLAIS D'ACHEMINEMENT EN CAS D'ENVOI PAR COURRIER