

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONGÉ SANS TRAITEMENT

Nom : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

École, centre ou service : \_\_\_\_\_

**\*\*\* Compléter ce formulaire uniquement pour un congé sans traitement de plus de 5 jours. \*\*\***  
**\*\*\* Pour un congé sans traitement de 5 jours et moins, compléter le formulaire F05. \*\*\***

### **Congé sans traitement :**

- du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
- pourcentage ou nombre de jours/semaine du congé \_\_\_\_\_

### Veillez cocher la raison de votre demande de congé sans traitement :

- Changement temporaire ou définitif du lieu de travail du conjoint;
- Congé pour études;
- Après au moins cinq ans d'ancienneté (Soutien);
- Après au moins sept ans de service continu (professionnel);
- Maladie prolongée;
- Motif valable, au jugement de la C.S. : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé

\_\_\_\_\_  
Date

**Ce congé nécessite un remplacement :**  **Oui**  **Non**

**Ce congé est accepté :**  **Oui**  **Non**

\_\_\_\_\_  
Signature de la direction de l'école, centre ou service

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la direction du SRH

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la direction générale

\_\_\_\_\_  
Date