

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