



DEMANDE DE CONGÉ SANS TRAITEMENT
DE DIX (10) JOURS OU MOINS
(En vertu de l'article 5-15.00)
PERSONNEL ENSEIGNANT AU PRIMAIRE

Le _____

Direction : _____

Nom de l'école : _____

Veillez considérer la présente comme une demande de :

congé sans traitement à temps plein (maximum 10 jours)

Ou

congé sans traitement à temps partiel (maximum 10 jours de calendrier)

Pour la durée suivante :

du _____ au _____

Ou

Les dates suivantes 1 - _____ am pm

2 - _____ am pm

3 - _____ am pm

4 - _____ am pm

5 - _____ am pm

6 - _____ am pm

7 - _____ am pm

8 - _____ am pm

9 - _____ am pm

10 - _____ am pm

Raison de la demande :

Remarques, s'il y a lieu :

Signature : _____

No employé : _____

Adresse : _____

École : _____

c.c. SERM

Services des ressources humaines

La présente confirme que : Ce congé est accepté

Ce congé est refusé

Motif du refus : _____

Date : _____ Signature de la direction : _____