

DEMANDE DE CONGÉ SANS TRAITEMENT OU À TRAITEMENT DIFFÉRÉ

(En caractères d'imprimerie)

Nom : _____ Prénom : _____
 Matricule : _____ Établissement : _____

A) Congé sans traitement (5 jours et moins) (5-15.01, 5-15.02, 5-15.07, 11-7.26 et 13-7.53)

Du _____ au matin au _____ au soir

Inscrire les dates demandées si elles ne sont pas consécutives : _____

Congé sans traitement à temps plein ou à temps partiel (5-15.01, 5-15.02, 5-15.07, 11-7.26 et 13-7.53)
 (veuillez cocher la case appropriée)

Congé à temps plein (100%) pour l'année scolaire _____
 (année scolaire)

Congé à temps partiel du _____ au _____ et je
 (date) (date)

demande une libération de ma tâche de _____ %

Description du congé demandé : jour(s), groupe(s), période(s) _____

B) Congé à traitement différé (5-17.01 et 5-17.02)

La durée du contrat sera de : 2 ans 3 ans 4 ans 5 ans

Du _____ au _____
 (date) (date)

Le congé sera pris du _____ au _____
 (date) (date)

Selon la clause 5-15.02, la commission n'est pas tenue d'accorder un congé à temps partiel à une enseignante ou à un enseignant pour lui permettre d'aller travailler dans une autre institution d'enseignement du Québec, reconnue par le ministère, à moins d'entente avec la commission.

 Signature de l'enseignante ou l'enseignant

 Date

À l'usage de la direction d'établissement	À l'usage du Service des ressources humaines												
J'AI PRIS CONNAISSANCE DE LA DEMANDE.	Acceptation <input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/>	Copie conforme :											
	<i>Conditionnel à ce que la commission trouve une suppléante ou un suppléant répondant aux critères de capacité selon la clause 5-3.13.</i>	<table border="1"> <tr><td>Ens.</td><td></td></tr> <tr><td>Dir.</td><td></td></tr> <tr><td>Paie</td><td></td></tr> <tr><td>SEL</td><td></td></tr> <tr><td>Dossier</td><td></td></tr> <tr><td>Tech.</td><td></td></tr> </table>	Ens.		Dir.		Paie		SEL		Dossier		Tech.
Ens.													
Dir.													
Paie													
SEL													
Dossier													
Tech.													
Signature de la direction Date : _____	Signature de la personne responsable Date : _____												