



## Formulaire de demande ou de modification de mise à la retraite progressive

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Matricule : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_

Corps d'emploi : \_\_\_\_\_

Catégorie de personnel :  Enseignant  Professionnel  Soutien administratif  Soutien manuel

**Conformément aux clauses de ma convention collective, je désire me prévaloir  
du régime de mise à la retraite de façon progressive.**

### Nouvelle demande

REPLIR ET RETOURNER AVANT LE 1<sup>ER</sup> AVRIL DE L'ANNÉE  
PRÉCÉDANT LA DATE DU DÉBUT DE LA RETRAITE PROGRESSIVE

Les **nouvelles demandes** doivent parvenir à Madame **Janie St-Georges**, au Service des ressources humaines,  
par télécopieur : 450 758-3567, par courriel : [janie.st-georges007@cssamares.qc.ca](mailto:janie.st-georges007@cssamares.qc.ca) ou par courrier interne

Ce régime de mise à la retraite de façon progressive s'échelonnera sur \_\_\_\_\_ ans à compter de l'année scolaire \_\_\_\_\_

Je désire être libéré (e) de ma tâche à \_\_\_\_\_ %. (Pour le personnel enseignant, le pourcentage réel sera déterminé avec l'horaire officiel.)

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

### Modification à une demande en vigueur

La **demande de modification** doit être acheminée au Service des ressources humaines, par courriel, à l'attention de :  
**Marie-Eve Falcon**, [marie-eve.falcon@cssamares.qc.ca](mailto:marie-eve.falcon@cssamares.qc.ca), pour le **soutien administratif et le soutien manuel**  
**Josée Fontaine**, [josee.fontaine003@cssamares.qc.ca](mailto:josee.fontaine003@cssamares.qc.ca), personnel **enseignant primaire et FP**  
**Vicki Tremblay**, [vicki.tremblay@cssamares.qc.ca](mailto:vicki.tremblay@cssamares.qc.ca), personnel **enseignant secondaire, FGA et personnel professionnel**

*\*Il est également possible de transmettre par courrier interne ou par télécopieur au 450 889-3192*

Je désire être libéré (e) de ma tâche à \_\_\_\_\_ %. (Pour le personnel enseignant, le pourcentage réel sera déterminé avec l'horaire officiel.)

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

#### À L'USAGE DE LA DIRECTION D'ÉTABLISSEMENT

J'ai pris connaissance de la demande.

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

\_\_\_\_\_  
Date

#### À L'USAGE DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

Acceptation  Refus

Raison du refus \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne responsable

\_\_\_\_\_  
Date

#### Copies conformes

Employé

Direction

Paie

Syndicat

Dossier