



**DEMANDE DE CONGÉ SANS TRAITEMENT
DE DIX (10) JOURS OU MOINS
(En vertu de l'article 13-7.53)
PERSONNEL ENSEIGNANT
À LA FORMATION PROFESSIONNELLE**

Le _____

Direction : _____

Nom du centre : _____

Veuillez considérer la présente comme une demande de :

- Ou congé sans traitement à temps plein _____ jours (moins de 10 jours)
 congé sans traitement à temps partiel de : _____ heures

Module(s) concerné(s) : _____

Groupe : _____

Pour la durée suivante :

- Ou du _____ au _____ (moins de 10 jours)

- Les dates suivantes
- 1 - _____
 - 2 - _____
 - 3 - _____
 - 4 - _____
 - 5 - _____
 - 6 - _____
 - 7 - _____
 - 8 - _____
 - 9 - _____
 - 10 - _____

Raison de la demande :

Remarques, s'il y a lieu :

Signature : _____

No employé : _____

Adresse : _____

Centre : _____

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 : _____