

DEMANDE DE CONGÉ DE 30 JOURS ET MOINS

IDENTIFICATION						
Nom :		Prénom :		Matricule :		
Titre d'emploi :		Statut :	TC <input type="checkbox"/>	TCT <input type="checkbox"/>	TPR <input type="checkbox"/>	TPO <input type="checkbox"/>
Service ou centre d'activité :		Port d'attache :				
CONGÉS						
<input type="checkbox"/>	Congé sans solde (4 semaines et moins)					
<input type="checkbox"/>	Demande de report de congé annuel (FIQ, CSN) (Uniquement dans le cas d'une maladie, d'un accident, congé de maternité survenu avant le début du congé annuel)					
<input type="checkbox"/>	Préférence de congé annuel (Uniquement dans le cas de congés reportés à la suite d'une absence-maladie)					
<input type="checkbox"/>	Congé pour mariage ou union civile * (La date de l'évènement doit être incluse dans le congé)					
<input type="checkbox"/>	Congé pour motif personnel (Pris à même la banque de congé maladie, maximum 3 jours par année (1 ^{er} décembre au 30 novembre))					
<input type="checkbox"/>	Accumulation d'un congé férié en banque # du congé : _____ (Uniquement dans le cas où l'employé est requis au travail le jour férié)					
<input type="checkbox"/>	Reprise d'un congé férié déjà accumulé en banque # congé(s) : _____ (Maximum 5 jours)					
<input type="checkbox"/>	Prise du congé mobile (Uniquement pour les services y ayant droit)					
<input type="checkbox"/>	Prise du congé férié compensatoire (Expression d'une préférence) (S'applique si l'employé est requis au travail le jour du férié).					
<input type="checkbox"/>	Congé pour décès * Date du décès : _____ Date des funérailles : _____ Lien de parenté du défunt : _____					
<input type="checkbox"/>	Autres congés *, spécifiez : _____ (Ex. : juré, témoin, familial, etc)					
Durée du congé demandé :		Date de début souhaitée:		Date de fin souhaitée :		
Remarque :						
Signature de l'employé:				Date :		

* VEUILLEZ FOURNIR LES PIÈCES JUSTIFICATIVES APPROPRIÉES

AUTORISATION :					
Accepté : <input type="checkbox"/>			Refusé : <input type="checkbox"/>		
Convention collective :	FIQ <input type="checkbox"/>	CSN <input type="checkbox"/>	APTS <input type="checkbox"/>	N° d'article :	
Nom du gestionnaire :					
Signature du gestionnaire:				Date :	
Commentaire :					

L'EMPLOYÉ ACHEMINE L'ORIGINAL DU FORMULAIRE DUMENT COMPLETE A SON GESTIONNAIRE.
SUITE A SA DECISION, LE GESTIONNAIRE TRANSMET UNE COPIE A L'EMPLOYÉ ET UNE AUTRE
AU SERVICE DES ACTIVITES DE REMPLACEMENT AU BESOIN.

(Dans un document, le masculin comme le féminin sont pris dans le sens générique et désignent aussi bien les hommes que les femmes.)