

NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE		PRÉNOM		NUMÉRO DE MATRICULE	
ADRESSE (NO, RUE, APP., VILLE)			CODE POSTAL		TÉLÉPHONE (RÉSIDENCE)
FONCTION	CATÉGORIE D'EMPLOI <input type="checkbox"/> ENSEIGNANT <input type="checkbox"/> SOUTIEN <input type="checkbox"/> PROFESSIONNEL		ÉTABLISSEMENT/SERVICE		TÉLÉPHONE (TRAVAIL)
EST-CE UNE PREMIÈRE DEMANDE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON      SI NON DATE DE VOTRE DERNIÈRE DEMANDE : ____/____/____					
<b>CONGÉ À TEMPS PLEIN</b>			<b>CONGÉ À TEMPS PARTIEL</b>		
DATE DE DÉBUT : ____/____/____	DATE DE FIN : ____/____/____	% DE VOTRE POSTE ACTUEL : _____		DATE DE DÉBUT : ____/____/____	
		% DE RÉDUCTION DE TÂCHE DÉSIRÉ : _____		DATE DE FIN : ____/____/____	
<b>MOTIF DE LA DEMANDE</b>					
<input type="checkbox"/> ÉDUCATION D'UN ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 5 ANS		<input type="checkbox"/> SUITE À UNE INVALIDITÉ		<input type="checkbox"/> TRAVAIL AU SEIN DE LA CSSTL DANS UN AUTRE SECTEUR D'ACTIVITÉ TRAVAIL	
<input type="checkbox"/> SOUTIEN D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE IMMÉDIATE		<input type="checkbox"/> ÉTUDES		<input type="checkbox"/> À L'EXTÉRIEUR DE LA CSSTL	
<input type="checkbox"/> EN DISPONIBILITÉ OU EN SURPLUS		<input type="checkbox"/> AUTRE (SPÉCIFIER) : _____			
<b>DESCRIPTION DES MOTIFS DE LA DEMANDE</b>					
<b>EXTRAIT DE LA POLITIQUE DE CONGÉS :</b> «TOUTE DEMANDE DE CONGÉ DOIT ÉTABLIR CLAIREMENT LES MOTIFS À L'APPUI DE CE CONGÉ ET DOIT ÊTRE FAITE PAR ÉCRIT DANS LES DÉLAIS REQUIS».					
SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E)				DATE: ____/____/____	
<b>À L'USAGE DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES ET DE L'ORGANISATION SCOLAIRE</b>					
<input type="checkbox"/> J'ACCEPTÉ LA DEMANDE DE CONGÉ			<input type="checkbox"/> JE REFUSE LA DEMANDE DE CONGÉ		
JUSTIFICATION DU REFUS					
SIGNATURE DE LA DIRECTION DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES ET DE L'ORGANISATION SCOLAIRE				DATE: ____/____/____	
<b>À L'USAGE DE LA DIRECTION D'ÉTABLISSEMENT OU DE SERVICE</b> La personne travaillant dans plus d'un établissement doit obtenir la signature de la direction de son lieu principal d'affectation					
<input type="checkbox"/> JE RECOMMANDE L'ACCEPTATION DE LA DEMANDE DE CONGÉ.			<input type="checkbox"/> JE NE RECOMMANDE PAS L'ACCEPTATION DE LA DEMANDE DE CONGÉ.		
JUSTIFICATION DE LA NON-RECOMMANDATION					
SIGNATURE DE LA DIRECTION D'ÉTABLISSEMENT/SERVICE				DATE: ____/____/____	

\* Veuillez retourner à l'adresse courriel : reshum@cstros-lacs.qc.ca

c.c. : Direction d'établissement ou de service  
Syndicat