



**DEMANDE DE CONGÉ SANS TRAITEMENT
DE DIX (10) JOURS OU MOINS
(En vertu de l'article 11-7.26)
PERSONNEL ENSEIGNANT
À LA FORMATION GÉNÉRALE DES ADULTES**

Le _____

Direction : _____

Nom du centre : _____

Veillez 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/semaine

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 : _____