

NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE		PRÉNOM		NUMÉRO DE MATRICULE	
ADRESSE (NO, RUE, APP., VILLE)			CODE POSTAL		TÉLÉPHONE (RÉSIDENT)
FONCTION	CATÉGORIE D'EMPLOI ☐ ENSEIGNANT ☐ SOUTIEN ☐ PROFESSIONNEL		ÉTABLISSEMENT/SERVICE		TÉLÉPHONE (TRAVAIL)
EST-CE UNE PREMIÈRE DEMANDE? ☐ OUI ☐ NON SI NON DATE DE VOTRE DERNIÈRE DEMANDE : ____/____/____					
CONGÉ À TEMPS PLEIN			CONGÉ À TEMPS PARTIEL		
DATE DE DÉBUT : ____/____/____		DATE DE FIN : ____/____/____		% DE VOTRE POSTE ACTUEL : ____ % DE RÉDUCTION DE TÂCHE DÉSIRÉ : ____	
DATE DE DÉBUT : ____/____/____ DATE DE FIN : ____/____/____					
MOTIF DE LA DEMANDE					
☐ ÉDUCATION D'UN ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 5 ANS ☐ SOUTIEN D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE IMMÉDIATE ☐ EN DISPONIBILITÉ OU EN SURPLUS ☐ SUITE À UNE INVALIDITÉ ☐ ÉTUDES ☐ AUTRE (SPÉCIFIER) : _____ ☐ TRAVAIL AU SEIN DE LA CSSTL DANS UN AUTRE SECTEUR D'ACTIVITÉ TRAVAIL ☐ À L'EXTÉRIEUR DE LA CSSTL					
DESCRIPTION DES MOTIFS DE LA DEMANDE					
EXTRAIT DE LA POLITIQUE DE CONGÉS : «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: ____/____/____	
À L'USAGE DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES ET DE L'ORGANISATION SCOLAIRE					
☐ J'ACCEPTÉ LA DEMANDE DE CONGÉ ☐ JE REFUSE LA DEMANDE DE CONGÉ					
JUSTIFICATION DU REFUS					
SIGNATURE DE LA DIRECTION DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES ET DE L'ORGANISATION SCOLAIRE				DATE: ____/____/____	
À L'USAGE DE LA DIRECTION D'ÉTABLISSEMENT OU DE SERVICE					
La personne travaillant dans plus d'un établissement doit obtenir la signature de la direction de son lieu principal d'affectation					
☐ JE RECOMMANDE L'ACCEPTATION DE LA DEMANDE DE CONGÉ. ☐ 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@csstl.gouv.qc.ca

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