

ATTESTATION D'ABSENCE

| | |
|------------|--------------|
| Annulation | Modification |
|------------|--------------|

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| N° MATRICULE | NOM ET PRÉNOM | UNITÉ ADMINISTRATIVE |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| PÉRIODE DE L'ABSENCE | | | | | |
|----------------------|----------------------|----|----------------------|-----------|----------------------|
| À compter de : | <input type="text"/> | le | <input type="text"/> | jusqu'à : | <input type="text"/> |
| | Heure | | Date | | Date |

ATTENTION : remplir un formulaire distinct pour chaque absence de nature différente.

NATURE DE L'ABSENCE

| | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> CONGÉ DE MALADIE <i>(joindre une attestation médicale normalement après la 3^e journée d'absence)</i> | <input type="text"/> J/H | <input type="checkbox"/> RECHUTE | <input type="checkbox"/> CONGÉ SANS TRAITEMENT <i>(préciser le motif de l'absence dans «REMARQUES» ci-dessous)</i> | <input type="text"/> J/H |
| <input type="checkbox"/> CONGÉ PERSONNEL <i>(préciser le motif de l'absence dans «REMARQUES» ci-dessous)</i> | <input type="text"/> J/H | | <input type="checkbox"/> CONGÉ SOCIAL <i>(préciser le motif de l'absence dans «REMARQUES» ci-dessous)</i> | <input type="text"/> J/H |
| <input type="checkbox"/> TEMPS SUPPLÉMENTAIRE CONVERTI EN TEMPS | <input type="text"/> J/H | | <input type="checkbox"/> CONGÉ DE MATERNITÉ <i>(joindre une attestation médicale précisant la date prévue de l'accouchement)</i> | <input type="text"/> J/H |
| <input type="checkbox"/> VACANCES } PAIEMENT AVANCÉ DES VACANCES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="text"/> J/H | | <input type="checkbox"/> RESPONSABILITÉ FAMILIALE <i>(Le motif de l'absence doit être relié à la garde, santé, sécurité ou éducation et être précisé dans «REMARQUES» ci-dessous)</i> | <input type="text"/> J/H |
| <input type="checkbox"/> VACANCES ANTICIPÉES | <input type="text"/> J/H | | <input type="checkbox"/> ACCIDENT DU TRAVAIL | <input type="text"/> J/H |
| <input type="checkbox"/> AUTRE MOTIF : <input type="text"/> | <input type="text"/> J/H | | DATE DE L'ACCIDENT | <input type="text"/> AN <input type="text"/> MS <input type="text"/> JR |

REMARQUES :

| | |
|--|--|
| <i>Je déclare que les renseignements rapportés dans ce document sont exacts. Je demande, s'il y a lieu, que le congé me soit accordé tel que présenté.</i> | <i>Au meilleur de ma connaissance, les renseignements rapportés dans ce document sont exacts. J'autorise ce congé ou, s'il y a lieu, en recommande l'autorisation.</i> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| DATE | SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ-E |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| DATE | SIGNATURE DU SUPÉRIEUR |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

L'employé-e sera avisé-e en cas d'erreur ou de refus.

À L'USAGE DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

| | | |
|--|----------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> NOUVELLE INVALIDITÉ | <input type="checkbox"/> RECHUTE | <input type="text"/> |
| | | AVANTAGES SOCIAUX |

TRANSMETTRE CE FORMULAIRE AU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES