

# 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"/> | <b>CONGÉ DE MALADIE</b><br><i>(joindre une attestation médicale normalement après la 3<sup>e</sup> journée d'absence)</i> | <input type="text"/>     | <input type="checkbox"/> | RECHUTE                   | <input type="text"/>     |
|                          |   | J/H                      |                          |                           | J/H                      |
| <input type="checkbox"/> | <b>CONGÉ PERSONNEL</b><br><i>(préciser le motif de l'absence dans «REMARQUES» ci-dessous)</i>                             | <input type="text"/>     |                          |                           | <input type="text"/>     |
|                          |   | J/H                      |                          |                           | J/H                      |
| <input type="checkbox"/> | <b>TEMPS SUPPLÉMENTAIRE CONVERTI EN TEMPS</b>   | <input type="text"/>     |                          |                           | <input type="text"/>     |
|                          |   | J/H                      |                          |                           | J/H                      |
| <input type="checkbox"/> | <b>VACANCES</b> } PAIEMENT AVANCÉ DES VACANCES  | <input type="checkbox"/> | OUI                      | <input type="text"/>      | <input type="checkbox"/> |
|                          |   | <input type="checkbox"/> | NON                      | J/H                       | <input type="text"/>     |
| <input type="checkbox"/> | <b>VACANCES ANTICIPÉES</b>  | <input type="text"/>     |                          |                           | <input type="text"/>     |
|                          |   | J/H                      |                          |                           | J/H                      |
| <input type="checkbox"/> | <b>AUTRE MOTIF :</b> <input type="text"/>   | <input type="text"/>     |                          |                           | <input type="text"/>     |
|                          |   | J/H                      |                          |                           | J/H                      |
|                          |   |                          |                          | <b>DATE DE L'ACCIDENT</b> | <input type="text"/>     |
|                          |   |                          |                          |                           | AN MS 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