



Identification

Nom: _____
Unité: _____
Fonction: _____
Personne avisée: _____

Date(s): _____
Heure: De _____ À _____
Durée: _____

Motif d'absence (faire un X dans la case appropriée)

Absences rémunérées en vertu des banques	Congés rémunérés
<input type="checkbox"/> Référence cumul-heures (35 heures maximum)	<input type="checkbox"/> Décès conjoint(e) ou enfant
<input type="checkbox"/> Reprise de temps supplémentaire	<input type="checkbox"/> Décès père, mère, beau-père, belle-mère, frère, sœur
<input type="checkbox"/> Vacances	<input type="checkbox"/> Décès beau-frère, belle-sœur, gendre, bru, grand-père
<input type="checkbox"/> Flottant	<input type="checkbox"/> grand-mère
<input type="checkbox"/> Maladie (certificat médical requis pour absence de 4 jours ou plus)	<input type="checkbox"/> Mariage salarié(e)
<input type="checkbox"/> Affaires ou raisons personnelles (7-16.06 soutien)	<input type="checkbox"/> Mariage père, mère, fils, fille, frère, sœur, demi-frère
<input type="checkbox"/> Affaires ou raisons personnelles (8-5.03 pne)	<input type="checkbox"/> demi-sœur
<input type="checkbox"/> - déduire congés maladie non-monnayable	<input type="checkbox"/> Visites médicales maternité
<input type="checkbox"/> - déduire congés maladie monnayables	<input type="checkbox"/> Paternité
	<input type="checkbox"/> Déménagement
	<input type="checkbox"/> Raisons sérieuses et urgentes
	<input type="checkbox"/> Juré-témoin
	<input type="checkbox"/> Représentation:

	(Voir document joint)
	<input type="checkbox"/> Perfectionnement avec traitement:

Congés assurables
<input type="checkbox"/> Accident de travail
<input type="checkbox"/> Accident d'automobile

Libération syndicale
<input type="checkbox"/> Libération syndicale avec remplacement
<input type="checkbox"/> Libération syndicale sans remplacement

Signature de l'employé(e): _____ Date: _____
 Commentaires/justification: _____

Signature du cadre responsable: _____ Date: _____
 Commentaires: _____