



PERMIS DE S'ABSENTER

NI : _____

NOM : _____

DURÉE : DU _____ 20 _____ HEURE : _____

AU _____ 20 _____ HEURE : _____

RAISON :

- CONGÉ DE MALADIE / URGENCE
(joindre une attestation médicale si plus de 5 jours)
- CONGÉ DE MATERNITÉ / PATERNITÉ
- RENDEZ –VOUS MÉDECIN
- RENDEZ –VOUS DENTISTE / OPTOMÉTRISTE
- HÔPITAL (laboratoire, radiologie, etc.)
- CONGÉ SUR HEURES CUMULÉES
- VACANCES
- AUTRE MOTIF
(préciser le motif dans commentaires ci-dessous)

COMMENTAIRES :

<p>Je déclare que les renseignements rapportés sont exacts. Je demande, s'il y a lieu, que le congé me soit accordé tel que présenté.</p>	<p>Au meilleur de ma connaissance, les renseignements rapportés sont exacts. J'autorise ce congé, ou s'il y a lieu, en recommande l'autorisation.</p>
<p>_____ Date</p>	<p>_____ Date</p>
<p>_____ Signature de l'employé-e</p>	<p>_____ Signature du supérieur</p>