Centre
de services scolaire
du Littoral
Québec

IMPRIMER

DEMANDE DE CONGÉ SANS TRAITEMENT À TEMPS PARTIEL

SECTION I : Catégorie :

Cadre : ☐ Professionnel : ☐ Soutien : ☐ Enseignant : ☐

SECTION II : Identification

Nom :	Numéro de matricule:
École ou service :	Poste :

SECTION III : motif justifiant la demande :

La demande du congé sans traitement doit être faite selon les conventions collectives ou le règlement des conditions d'emploi des cadres en vigueur et être acheminée au Service des ressources humaines.

Par la présente, je demande à la Commission scolaire du Littoral un congé sans traitement à temps partiel pour l'année scolaire selon les modalités suivantes :

Motif justifiant la demande :

☐ Études

☐ Autre (préciser) : _____

Durée :

Pour une année scolaire complète (indiquer l'année) : _____

Pour une partie d'année scolaire : **du** _____ (aaaa/mm/jj) **au** _____ (aaaa/mm/jj)

Modalités :

_____ Journée(s) par semaine le ou les _____ (jour)

_____ Journée(s) par période de paie _____ (jour)

_____ Heures par semaine : _____ (précisez)

_____ _____

Signature de l'employé(e) Date

SECTION : IV Approbation du supérieur immédiat

J'approuve la demande de congé sans traitement telle que ci-haut décrite.

_____ _____

Supérieur immédiat Date

SECTION V : Approbation du service des ressources humaines

La Commission scolaire du Littoral accepte la demande de congé sans traitement à temps partiel telle que ci-haut décrite.

Durée :

du _____ (aaaa/mm/jj) au : _____ (aaaa/mm/jj) _____ % du congé

_____ % de tache

_____ _____

Service des ressources humaines Date

***Veuillez acheminer le formulaire signé par le supérieur immédiat à l'adresse courriel suivante :** srh@cssdulittoral.gouv.qc.ca