

DEMANDE DE CONGÉ SABBATIQUE À TRAITEMENT DIFFÉRÉ

| SECTION I : Identification | |
|---|----------------------|
| Nom : | Numéro de matricule: |
| École ou service : | Poste : |
| SECTION II : Personnel Enseignant | |
| Durée du plan : <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 3 ans <input type="checkbox"/> 4 ans <input type="checkbox"/> 5 ans | |
| Paiement du plan (date de début) : | |
| Début de l'année scolaire (août 20__) | |
| Milieu de l'année scolaire (fin janvier 20__) | |
| Congé prévu comme suit : | |
| 1 an: année scolaire 20__ - 20__ | |
| 100 premiers jours de l'année scolaire 20__ - 20__ | |
| 100 derniers jours de l'année scolaire 20__ - 20__ | |
| Pourcentage du contrat : _____ % | |
| SECTION III : Autres catégories de personnel (soutien, professionnel, cadre) | |
| Durée du plan : <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 3 ans <input type="checkbox"/> 4 ans <input type="checkbox"/> 5 ans | |
| Date de début du plan : _____ | |
| Durée du congé (mois) : _____ | |
| Date du congé : _____ | |
| Pourcentage du contrat : _____ % | |
| J'ai pris connaissance des modalités de la convention collective/règlement sur les conditions d'emploi des gestionnaires en regard de cette demande et je m'engage à signer le contrat selon les modalités ci-dessus décrites dès sa réception. | |
| _____ Signature de l'employé (e) | _____ Date |
| SECTION IV : Recommandations du supérieur immédiat | |
| Je reconnais avoir pris connaissance de la présente demande et j'en approuve les modalités. | |
| _____ Supérieur immédiat | _____ Date |
| SECTION VI : Approbation du service des ressources humaines | |
| Le Centre de services scolaire du Littoral accepte la demande de congé sabbatique à traitement différé et vous transmet le contrat que vous devez signer et nous retourner. | |
| _____ Service des ressources humaines | _____ Date |