Centre de services scolaire du Littoral Québec

ATTESTATION DE MOTIF D'ABSENCE

INFORMATION DE L'EMPLOYÉ(E)

Nom :	**Prénom :**
Matricule :	
École, centre ou service :	
Corps d'emploi :	

DATE D'ABSENCE

Date du	Date au	Jour du calendrier scolaire (enseignant seulement)	Nombres d'heures	Nombres de minutes	Demi-journée	Journée complète	Remplaçant et numéro de compte de temps (s'il y a lieu)	Motif d'absence Pour toute absence de plus de 4 jours, veuillez vous procurer le formulaire « RAPPORT MÉDICAL D'INVALIDITÉ » en consultant le site de la CSSL ou en cliquant
					☐	☐		
					☐	☐		
					☐	☐		
					☐	☐		
					☐	☐		

REMARQUE

(Veuillez préciser la nature du congé par l'envoi d'une pièce justificative s'il y a lieu)

SIGNATURES

Employé(e)	Date	Supérieur immédiat	Date

* Envoyez signé par le supérieur immédiat par courriel à l'adresse suivante : absences@cssdulittoral.gouv.qc.ca

* Pour plus d'information, veuillez consulter le document *POLITIQUE ET PROCEDURES SUR LA GESTION DES ABSENCES* sur notre internet: www.cssdulittoral.gouv.qc.ca

Mise à jour : 2024/03/13

EFFACER