



ATTESTATION D'ABSENCE

| NI | NOM ET PRÉNOM | SECTEUR OU DÉPARTEMENT |
|----|---------------|------------------------|
| | | |

| PÉRIODE D'ABSENCE | |
|-------------------------------|-------------------------|
| À compter de : _____ le _____ | jusqu'à: _____ le _____ |
| Heure | Date |

| REMARQUES | |
|--|--|
| Veuillez cocher la case appropriée | |
| <input type="checkbox"/> CONGÉ DE MALADIE (joindre une attestation médicale normalement après la 3 ^e journée) | <input type="checkbox"/> CONGÉ SANS TRAITEMENT (préciser le motif dans 'REMARQUES' ci-dessous) |
| <input type="checkbox"/> CONGÉ PERSONNEL (préciser le motif dans 'REMARQUES' ci-dessous) | <input type="checkbox"/> CONGÉ SOCIAL (préciser le motif dans 'REMARQUES' ci-dessous) |
| <input type="checkbox"/> TEMPS SUPPLÉMENTAIRE CONVERTI EN TEMPS | <input type="checkbox"/> CONGÉ DE MATERNITÉ/PATERNITÉ |
| <input type="checkbox"/> VACANCES ANNÉE PRÉCÉDENTE | <input type="checkbox"/> ACCIDENT DE TRAVAIL (joindre le rapport d'accident de la CSSIAT) |
| <input type="checkbox"/> VACANCES ANNÉE EN COURS | <input type="checkbox"/> AUTRE MOTIF (préciser le motif dans 'REMARQUES' ci-dessous) |
| REMARQUES: _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

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

RETOURNER CE FORMULAIRE AU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES