



Identification	
A	Nom (à la naissance) : _____ Prénom : _____
	Matricule : _____ Service ou École : _____ Numéro d'école : _____

Nature du congé sans traitement	
B	<input type="checkbox"/> Congé sans traitement <input type="checkbox"/> Congé sabbatique à traitement différé <input type="checkbox"/> Retraite progressive

Durée du congé	
C	Congé sans traitement : Du _____ au _____ inclusivement <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel Pourcentage du congé : _____ Jour de congé désiré (si applicable) : _____ Êtes-vous actuellement en congé sans traitement ou en congé avec traitement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Congé sabbatique à traitement différé : Période du contrat : <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 3 ans <input type="checkbox"/> 4 ans <input type="checkbox"/> 5 ans du _____ au _____ Période du congé sabbatique : du _____ au _____
	Retraite progressive : Période du contrat (5 ans) : du _____ au _____ Pourcentage du congé : _____ OU Modification du pourcentage du congé (si déjà sous entente): _____ Jour de congé désiré (si applicable) : _____ Autres arrangements du congé : _____

Motifs de la demande	
D	Cocher le motif (votre demande doit être faite avant le 29 mars 2019 , pour tout congé d'une année scolaire – clause 5-15.05): <input type="checkbox"/> S'occuper de son enfant d'âge préscolaire; <input type="checkbox"/> Suite à la recommandation écrite du médecin de réduire ses activités pour raisons médicales (certificat médical complet requis au plus tard le 17 mai 2019 expédié au SRH avec la mention « Demande de congé sans traitement 2019-2020 »); <input type="checkbox"/> Prendre soin de son père, de sa mère ou de ses enfants, si sa présence est requise pour des raisons de santé, de sécurité ou d'éducation (fournir les pièces justificatives au plus tard le 17 mai 2019); <input type="checkbox"/> Toute autre raison (assurez-vous de fournir toute l'information nécessaire afin de permettre à la CSP de prendre une décision.) Raison : _____ _____ Signature de l'employé(e) : _____ Date : _____

Direction d'école, Direction de service	
E	J'octroie le congé sans traitement (40% et moins): oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (valide uniquement pour l'école ou le service mentionné ci-haut) ou Je recommande l'octroi du congé sans traitement (plus de 40%), toute retraite progressive ou tout congé sabbatique à traitement différé: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Spécifiez les raisons de votre recommandation : _____ _____
	Signature de la direction : _____ Date : _____ Autorisation du Service des ressources humaines <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _____ Date : _____ Signature
	Conformément au Règlement sur la délégation de pouvoirs