Commission scolaire des Patriotes

Service des ressources humaines

ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021

DEMANDE DE CONGÉ - PERSONNEL ENSEIGNANT

SANS TRAITEMENT - À TRAITEMENT DIFFÉRÉ - RETRAITE PROGRESSIVE

Remplir à l'écran, imprimer et faire signer

A — Identification

Nom (à la naissance) : _____ Prénom : _____

Matricule : _____ Service ou école : _____ Numéro d'école : _____

B — Nature du congé

☐ Congé sans traitement ☐ Congé sabbatique à traitement différé ☐ Retraite progressive

C — Durée du congé

Congé sans traitement :

Du 20_____ au 20_____ inclusivement
Année/mois/jour Année/mois/jour

☐ Temps plein ☐ Temps partiel Pourcentage du congé :

Jour(s) de congé désiré (si applicable) : _____

Êtes-vous actuellement en congé sans traitement ou en congé avec traitement? ☐ Oui ☐ Non

Congé sabbatique à traitement différé :

Période du contrat : ☐ 2 ans ☐ 3 ans ☐ 4 ans ☐ 5 ans du 20_____ au 20_____
Année/mois/jour Année/mois/jour

Période du congé sabbatique : du 20_____ au 20_____
Année/mois/jour Année/mois/jour

Retraite progressive :

Période du contrat (5 ans) : du 20_____ au 20_____
Année/mois/jour Année/mois/jour

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

Cocher le motif (votre demande doit être faite **avant le 31 mars 2020**, pour tout congé d'une année scolaire – 5-15.05) :

- ☐ S'occuper de son enfant d'âge préscolaire (pas encore à l'école);
- ☐ Suite à la recommandation écrite du médecin de réduire ses activités pour raisons médicales (certificat médical complet requis au plus tard le 15 mai 2020 expédié au SRH avec la mention « Demande de congé sans traitement 2020-2021 »);
- ☐ 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 15 mai 2020);
- ☐ **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 : _____

D — Recommandation de la direction d'établissement ou de service

Je recommande l'octroi du congé sous réserve du respect de la convention collective.

☐ Oui ☐ Non Spécifiez les raisons de votre recommandation : _____

Signature de la direction : _____ Date : _____

E — Autorisation de la direction du Service des ressources humaines

Autorisation du Service des ressources humaines : ☐ Oui ☐ Non Date : _____