



**DEMANDE DE CONGÉ SANS TRAITEMENT  
DE DIX (10) JOURS OU MOINS  
(En vertu de l'article 5-15.00)  
PERSONNEL ENSEIGNANT AU SECONDAIRE**

Le \_\_\_\_\_

Direction : \_\_\_\_\_

Nom de l'école : \_\_\_\_\_

Veuillez considérer la présente comme une demande de :

- congé sans traitement à temps plein \_\_\_\_\_ jours (moins de 10 jours)
- Ou
- congé sans traitement à temps partiel de : \_\_\_\_\_ groupe(s) \_\_\_\_\_ pér./cycle

groupe matière : \_\_\_\_\_

Pour la durée suivante :

- du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ (moins de 10 jours)
- Ou

- Les dates suivantes
- 1 - \_\_\_\_\_
  - 2 - \_\_\_\_\_
  - 3 - \_\_\_\_\_
  - 4 - \_\_\_\_\_
  - 5 - \_\_\_\_\_
  - 6 - \_\_\_\_\_
  - 7 - \_\_\_\_\_
  - 8 - \_\_\_\_\_
  - 9 - \_\_\_\_\_
  - 10 - \_\_\_\_\_

Raison de la demande :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Remarques, s'il y a lieu :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

No employé : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

École : \_\_\_\_\_

c.c. SERM  
Services des ressources humaines

La présente confirme que : Ce congé est accepté   
Ce congé est refusé

Motif du refus : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature de la direction : \_\_\_\_\_