



## DEMANDE D'APPROBATION D'UN CONGÉ SANS SOLDE

### I. IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ(E)

NOM :	_____	PRÉNOM :	_____
SERVICE :	_____	FONCTION :	_____
NO. D'EMPLOYÉ(E) :	_____		

### II. NATURE DE LA DEMANDE

Congé sans solde	Période :	du _____	au _____	inclusivement
Motifs :	_____ _____ _____			
Signature de l'employé (e)	_____	Date :	_____	

### III. RECOMMANDATION DU DIRECTEUR DU SERVICE CONCERNÉ

Congé sans solde	Accepté	<input type="checkbox"/>	Refusé	<input type="checkbox"/>
Motifs de la décision :	_____ _____ _____			
Signature du directeur	_____	Date :	_____	

### IV. RECOMMANDATION DU DIRECTEUR DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

Recommandation approuvée	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Raisons évoquées en cas de refus :	_____ _____ _____			
Signature du directeur	_____	Date :	_____	