

DEMANDE DE CONGÉ SABBATIQUE À TRAITEMENT DIFFÉRÉ

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom: _____ Prénom : _____
 N° de matricule : _____ École ou Service : _____
 Date d'entrée en fonction à titre d'employée ou d'employé régulier: _____
 Fonction : _____ Champ : _____

MODALITÉS

CSN - voir article 5-11.00 et annexe IV CSN (soutien technique et manuel) – voir article 5-11.00 et annexe III SEHY : voir article 5-17.00 et annexe XIII PROFESSIONNELS : voir article 7-4.00

Période du contrat : _____ ans, soit : du _____ au _____
 Durée du congé : 1/2 année 1 année _____ Mois
 Période du congé : du _____ au _____
 Pourcentage du traitement à verser : _____ %

HISTORIQUE DES CONGÉS SABBATIQUES À TRAITEMENT DIFFÉRÉ

Je n'ai jamais bénéficié d'un congé sabbatique à traitement différé
 J'ai déjà bénéficié d'un congé sabbatique à traitement différé
 (Si vous avez déjà bénéficié d'un congé sabbatique à traitement différé, veuillez en fournir les détails)

Période du contrat	Durée du congé

SIGNATURE

 Signature de l'employée ou employé _____ Date _____

N.B. Les enseignants : À remettre à votre direction d'école avant le 1^{er} avril.
Les autres personnels : À remettre 30 jours avant le début du congé
La direction d'école devra ensuite transmettre votre demande au Service des ressources humaines le plus tôt possible après cette date.

ESPACE RÉSERVÉ À LA DIRECTION

J'ai pris connaissance de la demande de congé à traitement différé :
 Je suis d'accord Je ne suis pas d'accord
 Commentaires : _____

 Signature de la direction _____ Date _____

ESPACE RÉSERVÉ AU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

La demande répond aux critères d'admissibilité : Oui Non
 La demande est acceptée : Oui Non
 Commentaires : _____

 Signature _____ Date _____