

FORMULAIRE



Coopérative de services à domicile
Lac-Saint-Jean-Est

DEMANDE (Toute absence)

Congé Mobile Vacances

Date de la demande : _____

Nom de l'employée : _____ # De l'employée : _____

Résidence ou secteur : _____

Date du congé demandé : du _____ au _____

Cocher la période couverte par le congé demandé

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
AM							
PM							
Soir							
Nuit							

Raison : _____

Section réservée à l'administration :

Autorisé

Inscrit dans HP

Confirmé à l'employé

Archivé

Refusé

Agent d'affectation : _____

Date de traitement : _____

Toujours faire parvenir ce formulaire, un minimum de **7 jours*** avant la date du congé demandé, à l'affectation.