**DEMANDE DE CONGES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’employé |  |
| Service |  |
| Responsable |  |
|  |  |

Type de congés

Maladie Congés  Décès Congé sans Solde

Formation  Congé Parental  Autres

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date | Du : | Au : |

Vous devez soumettre vos demandes de congé ( à l’exception des congés maladie ) deux jours avant leur date effective

Signature de l’employé Date

**DECISION DU RESPONSABLE**

Accordé  Refusé

**COMMENTAIRES :**

Signature du responsable : Date

[thiabasini@gmail.com](mailto:thiabasini@gmail.com)

BEM