



DEMANDE DE CONGÉ

Le soussigné

Nom _____

Prénom(s) _____

Fonction _____

demande _____ jours de congé
du _____ au _____.

TYPE DE CONGÉ

<input type="checkbox"/>	Congé payé
<input type="checkbox"/>	Congé d'examen
<input type="checkbox"/>	Congé de maladie
<input type="checkbox"/>	Congé maternité / paternité
<input type="checkbox"/>	Autre :

À REMPLIR PAR LE SALARIÉ

, le _____

Signature du salarié _____

À REMPLIR PAR LE RESPONSABLE

Accordé le _____ Refusé le _____

Signature du responsable _____