

DEMANDE DE CONGE

(Pour plus d'une demi-journée,
sauf en cas d'accident, de maladie ou de décès d'un proche)

Nom et prénom de l'enfant _____

Adresse, NP lieu _____

Classe – degré _____

Enseignant(e) titulaire _____

Le/la soussigné(e) désire obtenir un congé pour son enfant

Nom / prénom du représentant légal _____

Numéro de téléphone _____

Le congé est souhaité du _____ (matin - soir)

au _____ (matin - soir)

Motif(s) précis de la demande

Justificatif(s) en annexe

oui

non

Date et signature du représentant légal

Préavis / décision

Préavis de l'enseignant(e) titulaire

positif

négatif

Date et signature _____

Préavis/décision de l'adjoint(e)/ directrice

positif

négatif

Date et signature _____

Remarques de la direction des écoles

La demande de congé est à remettre à l'enseignant(e) au minimum 2 semaines à l'avance
