

ATTESTATION D'ABSENCE

Annulation No de l'attestation originale

Modification

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N°

MATRICULE

NOM ET PRÉNOM

UNITÉ ADMINISTRATIVE

--	--	--	--	--	--

DATE DU DÉBUT DE L'ABSENCE

Si la durée du 1^{er} jour d'absence est inférieure à une journée entière de travail, inscrire la **durée exacte** de l'absence de cette journée.

DATE DU RETOUR AU TRAVAIL

Si le retour au travail intervient après le début de la journée régulière de travail, inscrire la **durée exacte** de l'absence de cette journée.

AN	MS	JR

HEURES	MINUTES

AN	MS	JR

HEURES	MINUTES

ATTENTION : remplir une formule pour chaque absence de nature différente

<input checked="" type="checkbox"/>	Code	NATURE DE L'ABSENCE	Rechute	
<input checked="" type="checkbox"/>	01	Maladie de l'employé	Transmettre à l'employé une demande de prestations (PERF-52) dès le 2 ^e jour de l'absence	
<input checked="" type="checkbox"/>	03	Congé social	Préciser le motif de l'absence dans « Remarques » ci-dessous	
<input checked="" type="checkbox"/>	22	Absence non autorisée (non rémunérée)	Préciser le motif du refus d'autorisation dans « Remarques » ci-dessous	
<input type="checkbox"/>	34	Vacances	Paiement avancé des vacances	
<input type="checkbox"/>	35	Vacances anticipées	Si paiement partiel Nombre de jours	
<input type="checkbox"/>	37	Congé sans traitement en prolongation des vacances		
<input type="checkbox"/>		Congé à traitement différé		
<input type="checkbox"/>		Congé de maternité	Joindre une attestation médicale de la date prévue de l'accouchement	
<input type="checkbox"/>		Congé d'études		
<input type="checkbox"/>		Congé complet sans traitement	Précisez le motif de l'absence dans « Remarques » ci-dessous. Au besoin, joindre une note explicative.	
<input type="checkbox"/>		Congé partiel sans traitement	Pour un congé partiel, précisez le nombre d'heures et joindre l'horaire de travail.	
<input type="checkbox"/>		Autre motif		
<input checked="" type="checkbox"/>	02	Congé personnel		
<input type="checkbox"/>	20	Absence autorisée rémunérée		
<input type="checkbox"/>	21	Absence autorisée non rémunérée		
<input type="checkbox"/>	30	Temps supplémentaire converti en temps		
<input type="checkbox"/>	31	Solde de congé de maladie converti en temps		
<input type="checkbox"/>	60	Lésion professionnelle (accident du travail)	Date de l'accident	
<input type="checkbox"/>		Libération syndicale		
<input type="checkbox"/>	S. 1186	7.05	7.06	7.12
<input type="checkbox"/>	S. 1244	7.06	7.07	7.13

Remarques :

Je déclare que les renseignements rapportés dans ce document sont exacts. Je demande, s'il y a lieu, que le congé me soit accordé tel que présenté.

_____ Date _____ Signature de l'employé

Au meilleur de ma connaissance, les renseignements rapportés dans ce document sont exacts. J'autorise ce congé ou, s'il y a lieu, en recommande l'autorisation

_____ Date _____ Signature du supérieur

L'employé sera avisé en cas d'erreur ou de refus

À l'usage de la Direction des ressources humaines

____ Nouvelle invalidité ou

____ Rechute

____ Code du congé

____ Relance

Avantages sociaux

NPT

Responsable absences