

IDENTIFICATION DE L'ENSEIGNANTE OU DE L'ENSEIGNANT

Nom: _____ NAS: _____

École: _____

DEMANDE DE CONGÉ SANS TRAITEMENT À TEMPS PLEIN 1^{ère} demande Renouvellement**Durée:** Pour une année scolaire complète
 Pour une partie d'année scolaire du _____ au _____

Par la présente, je demande à la Commission scolaire des Premières-Seigneuries un congé sans traitement à temps plein pour l'année scolaire _____.

Motifs: Études temps plein Recommandation médicale
 Études temps partiel Raison personnelle
 Responsabilités familiales
 Autre __________
Signature_____
Date**APPROBATION DE LA DIRECTION DE L'ÉCOLE**

J'approuve la demande de congé sans traitement telle que ci-haut décrite.

Direction de l'école_____
Date**AFFECTATION DE L'ENSEIGNANTE OU DE L'ENSEIGNANT** Pour l'année scolaire _____ votre affectation sera la suivante:_____
École_____
Champ_____
Discipline Conformément à l'article 5-3.17-2.05 de la convention collective locale, vous serez versé au bassin commission à compter du __________
Coordonnateur
Services des ressources humaines_____
Date**APPROBATION DES SERVICES DES RESSOURCES HUMAINES**

La Commission scolaire des Premières-Seigneuries accepte la demande de congé sans traitement telle que ci-haut décrite.

Guy Robitaille, directeur
Services des ressources humaines_____
Datec.c.: SERQ
Direction d'école