

Formulaire de demande de congés / absence

Date de demande * :

Matricule * :

Nom * :

Prénom * :

Site * :

Service * :

Absence ≤ à 1 jour

	Congé classique		Congé exceptionnel		Congé sans solde	
Type de congé					/	
Le	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi

Absence > à 1 jour

		Congé classique	Congé exceptionnel	Congé sans solde
Type de congé				/
Du	au	Nb de jours	Nb de jours	Nb de jours

- | | | | |
|---|---------|--|------------|
| 1. Mariage ou PACS du salarié | 4 jours | 11. Naissance ou arrivée d'un enfant adopté | 3 jours |
| 2. Mariage d'un enfant | 2 jours | 12. Déménagement (changement de domicile) | 1 jour |
| 3. Mariage d'un frère ou d'une sœur (1er mariage) | 1 jour | (+1jr si mobilité d'origine professionnelle) | |
| 4. Décès du conjoint, concubin ou d'un enfant | 5 jours | 13. Congé garde enfant malade (jusqu'à 11 ans inclus) ¹ | 3 jours/an |
| 5. Décès du père ou de la mère | 5 jours | 14. Congé garde enfant en cas d'hospitalisation du conjoint ¹ | 2 jours/an |
| 6. Décès d'un frère ou d'une sœur | 4 jours | 15. Congé garde enfant handicapé ou atteint d'une | 3 jours/an |
| 7. Décès des beaux parents | 3 jours | Affection Longue Durée ¹ | |
| 8. Décès d'un beau-frère ou d'une belle-soeur | 2 jours | 16. Congé démarche handicap ² | 1 jour/an |
| 9. Décès d'un grand-parent | 2 jours | 17. Annonce de la survenue d'un handicap chez un enfant | 2 jours |
| 10. Communion solennelle d'un enfant du salarié | 1 jour | | |

¹ Ancienneté de 6 mois requise

² Pour plus de renseignements sur les modalités qui permettent de bénéficier de cette absence, vous devez vous rapprocher du Responsable Prévention des Risques et Handicap

Rappel : Pour tout congé exceptionnel, veuillez joindre un justificatif à votre demande. Sans justificatif, votre demande ne pourra être prise en compte.

Signature Salarié

Signature Manager

Don de jours de repos au profil d'un salarié

Rappel : Au profit d'un salarié qui assume la charge d'un enfant âgé de moins de 20 ans atteint d'un handicap, d'une maladie, victime d'un accident grave ou à profit d'un salarié qui remplit les conditions du congé de solidarités familial (accompagnement de fin de vie d'un parent). Accord du 04 février 2016.

Salarié Bénéficiaire		Congé payés	RTT / COR	Signature
NOM	Prénom	Nb de jours	Nb de jours	

Veillez à informer votre manager ou votre RRH de cette donation.