

DEMANDE DE CONGÉ SABBATIQUE À TRAITEMENT DIFFÉRÉ

SECTION I : Identification	
Nom :	Numéro de matricule:
École ou service :	Poste :
SECTION II : Personnel Enseignant	
Durée du plan : <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 3 ans <input type="checkbox"/> 4 ans <input type="checkbox"/> 5 ans	
Paiement du plan (date de début) :	
<input type="checkbox"/> Début de l'année scolaire (août 20__)	
<input type="checkbox"/> Milieu de l'année scolaire (fin janvier 20__)	
Congé prévu comme suit :	
<input type="checkbox"/> 1 an: année scolaire 20__ - 20__	
<input type="checkbox"/> 100 premiers jours de l'année scolaire 20__ - 20__	
<input type="checkbox"/> 100 derniers jours de l'année scolaire 20__ - 20__	
Pourcentage du contrat : _____ %	
SECTION III : Autres catégories de personnel (soutien, professionnel, cadre)	
Durée du plan : <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 3 ans <input type="checkbox"/> 4 ans <input type="checkbox"/> 5 ans	
Date de début du plan : _____	
Durée du congé (mois) : _____	
Date du congé : _____	
Pourcentage du contrat : _____ %	
J'ai pris connaissance des modalités de la convention collective/règlement sur les conditions d'emploi des gestionnaires en regard de cette demande et je m'engage à signer le contrat selon les modalités ci-dessus décrites dès sa réception	
_____ Signature de l'employé (e)	_____ Date
SECTION IV : Recommandations du supérieur immédiat	
Je reconnais avoir pris connaissance de la présente demande et j'en approuve les modalités.	
_____ Supérieur immédiat	_____ Date
SECTION VI : Approbation du service des ressources humaines	
Le Centre de services scolaire du Littoral accepte la demande de congé sabbatique à traitement différé et vous transmet le contrat que vous devez signer et nous retourner.	
_____ Service des ressources humaines	_____ Date