

ATTESTATION DES MOTIFS D'ABSENCE

NOM	PRÉNOM	
ÉTABLISSEMENT	EMPLOI	MATRICULE

MOTIF D'ABSENCE	
<input type="checkbox"/> Maladie (5 jours et moins)	<p>MALADIE (PLUS DE 5 JOURS)</p> <p>Pour toute absence de plus de 5 jours, veuillez remplir le formulaire « <u>RAPPORT MÉDICAL D'INVALIDITÉ</u> » DISPONIBLE</p> <p style="text-align: center;">ICI</p>
<input type="checkbox"/> Vacances	
<input type="checkbox"/> Affaire personnelle	
<input type="checkbox"/> Libération syndicale	
<input type="checkbox"/> Formation..... (préciser)	
<input type="checkbox"/> Perfectionnement centralisé (préciser)	
<input type="checkbox"/> Autre..... (préciser)	
..... (préciser)	
..... (préciser)	
..... (préciser)	

DATE DE L'ABSENCE						
ANNÉE	MOIS	JOUR		HEURES	MINUTES	NOM DU REMPLAÇANT

Signature de l'employé(e)

Date

Signature de la direction

Date