

SUPLÉANCE + DE 20 JOURS CONSÉCUTIFS

NOM DU SUPPLÉANT		NOM DE L'ENSEIGNANT(E) ABSENT(E)	
POURCENTAGE DE TÂCHE	MATRICULE	POURCENTAGE DE TÂCHE	MATRICULE
%		%	
ÉTABLISSEMENT			

DATE DE LA PREMIÈRE JOURNÉE DE REMPLACEMENT	DURANT LA PÉRIODE DE 20 JOURS, Y A-T-IL EU DES JOURNÉES OÙ LE SUPPLÉANT N'A PAS TRAVAILLÉ ?
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE, LA DURÉE ET LA RAISON DES ABSENCES.	

ABSENCE		
DATE	DURÉE	RAISON

NOTE IMPORTANTE
Veillez faire parvenir ce formulaire au Service des ressources humaines afin que nous puissions modifier le dossier de la paie. Télécopieur : (819) 986-9283

Signature de la direction

Date

RÉSERVÉ AU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES	
ÉVALUATION DE L'ÉCHELON SALARIAL	SIGNATURE DU REPRÉSENTANT
ÉCHELON	