

**ATTESTATION D'ABSENCE**  
**CADRE - PROFESSIONNEL - SOUTIEN**

N° UNITÉ: \_\_\_\_\_

ÉCOLE: \_\_\_\_\_

OU SERVICE: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION**

NOM : \_\_\_\_\_  
Nom de famille à la naissance Prénom

MATRICULE : \_\_\_\_\_

Exerçant des fonctions de :  CADRE  PROFESSIONNEL  SOUTIEN  
 déclare m'être absenté(e) de mon travail

**Journée complète prévue à l'horaire** Le \_\_\_\_\_ ou

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ (inclus) Total des heures

**Partie de journée à l'horaire**

Le \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ hres

Le \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ hres

Le \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ hres

Total des heures

En foi de quoi j'ai signé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*Cette déclaration équivaut à une déclaration solennelle en vertu de la loi de la preuve au Canada.*

**X DESCRIPTION DE L'ABSENCE**

- 01 Maladie (À compter de la 4<sup>e</sup> journée, fournir un certificat médical attestant de la nature et de la durée de l'invalidité)
- 05 Vacances (banque vacances)
- 10 Responsabilité familiale ou parentale (banque maladie monnayable max. 6 jours)
- 42 Visite médicale pour grossesse (joindre certificat médical maximum 4 jours)
- 60 Libération pour activités syndicales (avec préavis)
- 28 Prêt de services → MELS  Université   
 Services éducatifs  → Demandé par : \_\_\_\_\_  
 Autres  Préciser: \_\_\_\_\_
- 02 Accident de travail (rapport d'accident à compléter et certificat médical à fournir)
- 09 Affaires personnelles (banque maladie monnayable, maximum 2 jours, préalablement autorisé)
- 20 Congé sans traitement (10 jours et moins, préalablement autorisé)
- 49 Congé de paternité ou adoption (maximum 5 jours)
- Affaires relatives à l'éducation  
 Préciser: \_\_\_\_\_

**À L'USAGE DE LA DIRECTION**

Recommandation d'acceptation:  Oui  Non

Remplacement effectué par \_\_\_\_\_

Signature du (de la) supérieur(e) immédiat(e) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Commentaires: \_\_\_\_\_

**X (07) FORCE MAJEURE MAXIMUM 3 JOURS**

- L'employée ou l'employé doit fournir une pièce justificative.**
- Tout événement de force majeure (désastre, feu, inondation, etc.) qui oblige à s'absenter de son travail.
  - La maladie grave de sa conjointe ou son conjoint, ses enfants, ses parents, ses beaux-parents, ses frères et sœurs, ses beaux-frères ou ses belles-sœurs. (Maladie grave, toute maladie qui fait craindre pour la vie à court ou moyen terme : cancer, sida, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, maladie cardiaque, neurologique ou respiratoire sévère, insuffisance rénale sévère, diabète avec graves complications, etc.).
  - Consultation auprès d'un conseiller professionnel ou la présence à la cour dans des situations telles que: divorce, séparation.
  - Le décès de son oncle, sa tante, son neveu, sa nièce, le jour des funérailles ou ce qui en tient lieu.
  - L'hospitalisation, la chirurgie, le traitement lors de maladie grave, la visite médicale en situation d'urgence de sa conjointe ou son conjoint, ses enfants, ses parents, ses beaux-parents, ses frères, ses sœurs, des beaux-frères et belles-sœurs.
  - La maladie fortuite de son enfant de 12 ans et moins (preuve d'âge requise, jusqu'à concurrence de 6 demi-journées).
  - Maladie de ses parents (jusqu'à concurrence de 3 demi-journées).
  - À l'occasion d'un accident de la circulation impliquant l'employé, maximum une demi-journée par événement.
  - Affaires relatives au décès de sa conjointe ou son conjoint ou de son enfant et/ou lorsque l'employée ou l'employé est désigné comme exécutrice ou exécuteur testamentaire liquidatrice ou liquidateur successoral.
  - Tout autre événement pour lequel la Commission accepte d'accorder une permission d'absence sans perte de traitement.  
 Spécifier: \_\_\_\_\_

**X (71) CONGÉS SPÉCIAUX SANS PERTE DE TRAITEMENT**

- Son mariage
  - Le mariage de ses père, mère, frère, sœur, de son enfant: \_\_\_\_\_
  - Le décès de son conjoint, de son enfant ou de l'enfant de son conjoint habitant sous le même toit: \_\_\_\_\_
  - Le décès de ses père, mère, frère, sœur: \_\_\_\_\_
  - Le décès de ses beau-père, belle-mère, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru, grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille: \_\_\_\_\_
  - Le changement de domicile, nouvelle adresse (1 jour par année scolaire):  
 \_\_\_\_\_
- Code postal : \_\_\_\_\_ Tél., s'il y a lieu : \_\_\_\_\_
- Ordination, vœux perpétuels
  - Témoin dans une cause où il (elle) n'est pas partie ou comme juré
  - Examens officiels d'admission ou de contrôle dans une institution de formation reconnue par le ministère de l'Éducation
  - Sur l'ordre de la direction de la santé publique, mise en quarantaine dans son logement à la suite d'une maladie contagieuse affectant une personne habitant dans le même logement
  - Tout autre motif non prévu au présent article que la Commission juge valable  
 Spécifier: \_\_\_\_\_

\* Note: Pour le nombre de congés spéciaux, vous référer aux clauses des conventions collectives et fournir les pièces justificatives, s'il y a lieu.

Professionnel : 7-4.00 Soutien : 5-1.00