|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom (lettres moulées) : |  | No d’employé(e) : |  |
|  |  |  |  |
| Centre d’activités : |  |  | Titre d’emploi : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Semaine 1** | **Semaine 2** |
| **Horaire type** | **Modèle** | **D** | **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** | **D** | **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** |
| **HORAIRE 7/7** | A |  |  | T | T | T | T | T | T | T |  |  |  |  |  |
| B |  |  |  | T | T | T | T | T | T | T |  |  |  |  |
| C |  |  |  |  | T | T | T | T | T | T | T |  |  |  |
| D |  |  |  |  |  | T | T | T | T | T | T | T |  |  |
| E | T | T |  |  |  |  |  |  |  | T | T | T | T | T |
| F | T | T | T |  |  |  |  |  |  |  | T | T | T | T |
| G | T | T | T | T |  |  |  |  |  |  |  | T | T | T |
| H | T | T | T | T | T |  |  |  |  |  |  |  | T | T |
| **HORAIRE****6/8****(insuffisance rénale seulement)** | I |  | T | T | T | T | T | T |  |  |  |  |  |  |  |
| J |  |  |  |  |  |  |  |  | T | T | T | T | T | T |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Indiquer la lettre du modèle souhaité :
 | 1er choix : |  |  | 2e choix : |  |

|  |
| --- |
| 1. Cocher la période désirée et indiquer la durée, soit : 8, 10 ou 12 semaines
 |
|  |  |  |  |
| * À compter du 18 mai pour
 |  | semaines |  | * À compter du 29 juin pour
 |  | semaines |
|  |  |  |  |  |  |
| * À compter du 1er juin pour
 |  | semaines |  | * À compter du 13 juillet pour
 |  | semaines |
|  |  |  |  |  |  |
| * À compter du 15 juin pour
 |  | semaines |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Signature de la personne salariée : |  |  | Date :  |  |

Retourner ce formulaire dûment complété à l’attention de

votre supérieur immédiat **avant le 21 février 2025 16h**

**ESPACE RÉSERVÉ AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * Demande accordée
 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Lettre du modèle : |  |  | # du poste : |  |  | # du CA : |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Demande refusée
 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Motif du refus : |  |
|  |  |
| Signature du supérieur immédiat : |  |  | Date :  |  |