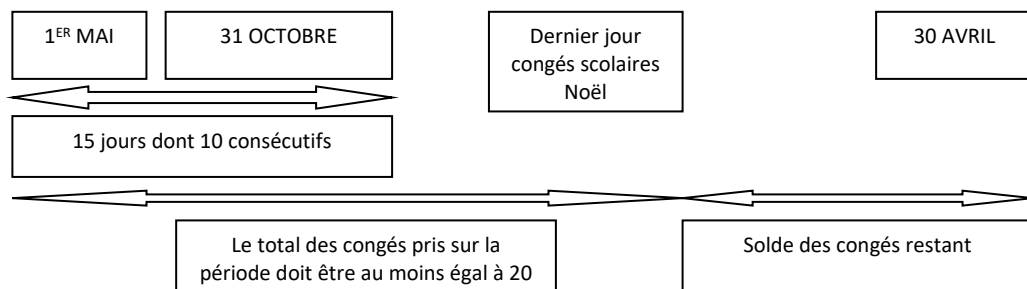


DEMANDE DE PLANIFICATION DE CONGÉS ANNUELS ET/OU DE REPOS

Rappel des règles applicables :



Votre demande concerne :

Date de la demande :

- ☐ pose de CA isolé
- ☐ pose de CA hors période de planification
- ☐ pose de CA par anticipation
- ☐ Pose de CA sans solde
- ☐ Pose des CA non consécutifs

NOM : **PRENOM :**

Site : Service : Fonction :

Motivation de votre demande :

.....

.....

Nombre de CA reportés :

Signature du salarié :

Avis du responsable de service :

Nom du responsable de service :

Favorable ☐ **Défavorable** ☐

Date et signature :

Décision de la Direction des Soins / Direction :

Accord ☐ **Refus** ☐

Date et signature :