



CONGE ET AUTORISATION D'ABSENCE

*Direction de la Stratégie, des Affaires Médicales
et des Coopérations*

Nom :

Prénom :

Service :

Je sollicite l'autorisation de m'absenter :

Du /_/_/ /_/_/ /_/_/ Au /_/_/ /_/_/ /_/_/

Au titre :

- | | |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Congés annuels | soit /_/_/ jours |
| <input type="checkbox"/> Congés formation | soit /_/_/ jours |
| <input type="checkbox"/> Autorisation d'absence | soit /_/_/ jours |

Motif :

Signature du Chef de Service

Seclin, le /_/_/ /_/_/ /_/_/
Signature de l'intéressé(e)

Avis de la Direction des Affaires Médicales :

Accord

Refus

Motif :

/_/_/ jours de congés seront imputés sur vos droits à congés.

Il vous reste : /_/_/ jours de congés annuels