



**DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT**

**Formulaire d'autorisation de congés**

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Programme : \_\_\_\_\_ Niveau de résidence : \_\_\_\_\_

Stage concerné : \_\_\_\_\_ Période : \_\_\_\_\_

N° d'employé/agent payeur : \_\_\_\_\_

<b>Congés</b>	<b>Dates choisies (inclusivement)</b>	<b>Précisions</b>
Vacances		
Congrès		Précisez :
Études		
Maladie		
Reprise de congé férié		Précisez :
Maternité / paternité		Date accouchement :
Mariage		Date mariage :
Autres		Précisez :

\_\_\_\_\_  
Signature du résident

\_\_\_\_\_  
Médecin responsable ou chef de service

\_\_\_\_\_  
Résident coordonnateur ou assistant

**RÉSERVÉ À LA DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT**

Date d'acceptation \_\_\_\_\_ Date de refus \_\_\_\_\_

Raison si refus : \_\_\_\_\_