

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONGES

(ne concerne pas les jours de récupération)

DEMANDEUR

Nom – Prénom :

Date souhaitée du congé : le soit 1 jour

Ou

Dates souhaitées des congés :

1^{er} jour de congé : le

Dernier jour de congé : le soit jours

Date de la demande :

Signature du Demandeur :

RESPONSABLE

Nom – Prénom :

Congé(s) accordé(s)

Congé(s) refusé(s) motif :

Date de la réponse :

Signature du Responsable :

*SI LE CONGÉ EST ACCORDÉ : A retourner, après signature, par mail à : ressourceshumaines@cathocambrai.com
ou par courrier à : Archevêché de Cambrai – service Ressources Humaines – 11 rue du Grand Séminaire – CS 80149 - 59403
CAMBRAI Cedex*

COUPON-REPONSE que le Responsable doit rendre au Demandeur

Nom – Prénom du demandeur :

votre demande de congés du au

Est :

accordée

refusée pour le motif suivant :

Date :

Signature du responsable :