



Service de remplacement et renfort  
Tél : 05.56.11.16.52  
Mail : remplacement@cdg33.fr

## DEMANDE DE JOUR(S) DE CONGÉS ANNUELS

Document à retourner 5 jours avant la période d'absence souhaitée

NOM – PRENOM :

COLLECTIVITÉ D'AFFECTATION :

SERVICE :

PERIODE D'ABSENCE :

NOMBRE DE JOUR(S) :

**Date et signature du Demandeur**

**Avis du Chef de service de la Collectivité d'accueil :**

- ☐ Favorable  
☐ Défavorable

**Cachet, date et signature**

### Cadre réservé au Service de remplacement et renfort

Date de réception de la demande :

Date, avis et signature :

Solde de congés annuels :

Solde de jours de fractionnement  
Acquis :                  Restant :