



Service de remplacement et renfort
Tél : 05.56.11.24.93
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 :