



G.A.R.D.E

DEMANDE DE CONGES

A NOUS RETOURNER 6 SEMAINES AVANT LA DATE DE VOS CONGES
SOUS PEINE DE REFUS

SALARIE(E):

EMPLOYEUR:

NOM:

NOM:

Prénom:

Prénom:

Adresse:

Adresse:

Code Postal:

Code Postal:

Ville:

Ville:

TEL: _/_/_/_/_

TEL: _/_/_/_/_

CONGES DU

AU

INCLUS

Souhaite un remplacement:

OUI

NON

Si oui, remplacement effectué par : NOM: Prénom:

PLANNING:

Lundi :	deh... àh...	deh... àh...	et deh... àh....
Mardi :	deh... àh...	deh... àh....	et deh... àh....
Mercredi :	deh... àh...	deh... àh....	et deh... àh....
Jeudi :	deh... àh...	deh... àh....	et deh... àh....
Vendredi :	deh... àh...	deh... àh....	et deh... àh....
Samedi :	deh... àh...	deh... àh....	et deh... àh....
Dimanche :	deh... àh...	deh... àh....	et deh... àh....

Tâches à effectuer:

.....

.....

.....

.....

SIGNATURES OBLIGATOIRES:

Salarié(e) :

Employeur :

Bon pour accord