



Centre Hospitalier de Lens

Le justificatif de chaque congé pris est obligatoirement joint à ce document et envoyé à la Direction des Ressources Humaines dans les meilleurs délais.

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

NOM - PRÉNOM

GRADE

SERVICE

TYPE D'AUTORISATION D'ABSENCE	NOMBRE DE JOURS OUVRABLE	PÉRIODE D'ABSENCE
ENFANT MALADE *		du au
ENFANT (+ de 16 ans), PARENT ou CONJOINT MALADE à préciser :		du au
NAISSANCE		du au
MARIAGE / PACS AGENT		du au
MARIAGE / PACS ENFANT		du au
DÉCÈS préciser le lien de parenté		du au
AUTRES (à préciser)		du au

* Voir page 2

LENS, le

LENS, le

SIGNATURE DU RESPONSABLE

SIGNATURE DE L'AGENT



Centre Hospitalier de Lens

Le justificatif de chaque congé pris est obligatoirement joint à ce document et envoyé à la Direction des Ressources Humaines dans les meilleurs délais.

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

NOM - PRÉNOM

GRADE

SERVICE

TYPE D'AUTORISATION D'ABSENCE	NOMBRE DE JOURS OUVRABLE	PÉRIODE D'ABSENCE
ENFANT MALADE *		du au
ENFANT (+ de 16 ans), PARENT ou CONJOINT MALADE à préciser :		du au
NAISSANCE		du au
MARIAGE / PACS AGENT		du au
MARIAGE / PACS ENFANT		du au
DÉCÈS préciser le lien de parenté		du au
AUTRES (à préciser)		du au

* Voir page 2

LENS, le

LENS, le

SIGNATURE DU RESPONSABLE

SIGNATURE DE L'AGENT