

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'ABSENCE POUR RÉSIDENT (V11\_2023-11)

**Nom** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_ **Agent payeur** \_\_\_\_\_  
**Matricule UL** \_\_\_\_\_ **Niveau** \_\_\_\_\_ **Programme** \_\_\_\_\_  
**Durant le stage de** \_\_\_\_\_ **Prévu de** \_\_\_\_\_ **à** \_\_\_\_\_ **Établissement** \_\_\_\_\_

<b>Vacance annuelle</b> <b>(aa-mm-jj)</b>	Du _____ au _____ Journée séparée
<b>Reprise congé férié</b> <b>(aa-mm-jj)</b>	Date de la reprise _____ Nom du congé à reprendre _____ Autre (précisez) _____
<b>Congrès (aa-mm-jj)</b> <b>*Preuve inscription requise</b> <b>*Journée complète seulement</b>	Du _____ au _____ Spécifier le titre: _____ Journée séparée _____ Lieu _____
<b>Étude</b> <b>(aa-mm-jj)</b>	Du _____ au _____ Journée séparée _____ Année _____ Spécifier l'examen _____
<b>Examen</b> <b>(aa-mm-jj)</b>	Date de l'examen _____ Spécifier _____ Lieu _____ Date de déplacement si > 240 km _____
<b>Maladie</b> <b>(aa-mm-jj)</b>	Du _____ au _____ Journée séparée _____ Cocher s'il s'agit de maladie motif personnel (max trois par année, non consécutives)
<b>Formation</b> <b>(aa-mm-jj)</b>	Du _____ au _____ Journée séparée _____ Nom de la formation _____
<b>Congés autres</b> <b>(aa-mm-jj)</b> <b>(*Preuve requise)</b>	Du _____ au _____ Décès : déplacement si >240 km _____ Journée séparée _____ Nom du congé _____ Précisez _____
<b>Journée de recherche</b> <b>(aa-mm-jj)</b> <b>Approbation écrite préalable du directeur de programme</b>	Journée séparée _____ Titre du projet de recherche _____
<b>Annulation de congé</b> <b>(aa-mm-jj)</b>	Précisez _____ Du _____ au _____ Journée séparée _____

**Signature résident** \_\_\_\_\_

**Date de la demande** \_\_\_\_\_

\*Votre demande sera transmise à votre ARC / RC, responsable de stage et/ou au milieu de stage, s'il y a lieu. Ceux-ci disposent de 15 jours ouvrables pour évaluer votre demande et répondre par écrit si votre demande est refusée, sans quoi le congé est réputé accordé, à l'exception de la Période 7.

**Signature** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_

**Refusé** \_\_\_\_\_

**Motif du refus** \_\_\_\_\_

**ARC / RC**

**Responsable / représentant autorisé**