

Date de dépôt:

Formulaire de choix de vacances été 2024 (Congé annuel)

Nom :	Prénom :	# employé :
Service de soins : Néonatalogie	Titre d'emploi :	Quart de travail :

Préférences de choix de vacances pour la période estivale

Nombre de semaines de vacances demandées : _____

Report des semaines de vacances à la période Hivernale

Conjoint travaillant au CHU Ste-Justine : _____ Ancienneté : _____

Nom du service du conjoint : _____ Chef : _____ Poste tél : _____

Technicienne en administration. : _____ Poste tél : _____

Choix	Cochez vos choix de semaines de vacances																				
	Mai		Juin				Juillet				Août				Septembre				Oct.		
1	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6

2	Mai		Juin				Juillet				Août				Septembre				Oct.			
	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	

3	Mai		Juin				Juillet				Août				Septembre				Oct.			
	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	

4	Mai		Juin				Juillet				Août				Septembre				Oct.			
	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	

5	Mai		Juin				Juillet				Août				Septembre				Oct.			
	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	

Les règles importantes :

- La personne salariée inscrit ses préférences au plus tard **le 15 mars à 16 heures**. (111.8)
- La personne salariée qui sera en vacances ou absente au moment où elle doit remettre ses choix de vacances, doit remettre son formulaire avant son départ ou l'envoyer par courriel avant la date butoir.
- La personne salariée qui dépose son formulaire de choix de vacances après la date butoir sera considérée au 2^e tour.
- La personne salariée peut scinder ses vacances d'été en deux blocs distincts. Un bloc ne peut être inférieur à une semaine complète. (111.11)
- Une personne salariée incapable de prendre ses vacances à la période établie pour raison de maladie, accident ou accident du travail survenus avant le début de sa période de vacances, voit sa période de vacances automatiquement reportée à une date ultérieure à moins d'obtenir une autorisation du Bureau de santé. (111.19)

Signature : _____ Date : _____

Nom:	Prénom:	# Employé:
-------------	----------------	-------------------

Choix	Cochez vos choix de semaines de vacances																				
6	Mai		Juin					Juillet				Août				Septembre					Oct.
	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6

7	Mai		Juin					Juillet				Août				Septembre					Oct.
	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6

8	Mai		Juin					Juillet				Août				Septembre					Oct.
	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6

9	Mai		Juin					Juillet				Août				Septembre					Oct.
	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6

10	Mai		Juin					Juillet				Août				Septembre					Oct.
	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6

11	Mai		Juin					Juillet				Août				Septembre					Oct.
	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6

12	Mai		Juin					Juillet				Août				Septembre					Oct.
	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6

13	Mai		Juin					Juillet				Août				Septembre					Oct.
	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6

14	Mai		Juin					Juillet				Août				Septembre					Oct.
	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6

15	Mai		Juin					Juillet				Août				Septembre					Oct.
	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6

Signature : _____ Date : _____