



Congés parentaux

Niveau : Responsable locale

NOM :	PRÉNOM :
Matricule :	Quart de travail ☐ jour ☐ soir ☐ nuit
Titre d'emploi :	T. complet : ☐ Partiel : ☐ /28
Superviseur :	
Établissement :	
Centre d'activités (département/unité/service) :	
Actuellement en assignation (remplacement) ? ☐ OUI ☐ NON Si oui, où : _____	
DATE :	TÉL. :
Conseiller au dossier : ☐ Francis Gilbert ☐ Gabriel Potvin Beaudoin	

***Remettre à la membre le Guide sur les droits parentaux.

1. En cas de retrait préventif : Est-ce que la membre a une justification médicale signée par un médecin concernant un retrait préventif ?
☐ **OUI** ☐ **NON**
*** Obtenir une copie du document médical.
2. Est-ce que la membre a acheminé la documentation médicale en lien avec le présent dossier au Bureau de santé du CSSSL ? (le cas échéant)
☐ **OUI** ☐ **NON**
***Acheminer les informations en mains propres ou par télécopieur au Bureau de santé du CSSSL au (450) 978-8627.
3. Obtenir l'essentiel de la problématique.



Notes :

[illegible]