



# Demande de congés

Salarié(e) Nom : .....

Prénom : .....

Type de congés	Nombre de jours	Du	Au
Sur congés payés			
Sur jour(s) d'ancienneté			
Sur congés sans solde			
Sur récupération			

## Signature des adhérents

Nom :  
Signature :

Date :

Nom :  
Signature :

Date :

Nom :  
Signature :

Date :

Nom :  
Signature :

Date :

## Signature du demandeur

Nom :

Date :

## Signature de la Direction Métiers partagés

Bon pour accord :

Date :



**Métiers Partagés - Services**



21 Bis rue de la vallée Maillard - Victoria 3 - 41000 Blois



Tél. : 09 74 97 08 97 • met.partages@metierspartages.com • www.metierspartages.com

SAS - SIRET 839 323 946 00021 - NAF 7820Z