



**DEMANDE DE CONGÉ**

*(à déposer au moins 8 jours à l'avance)*

NOM..... Prénom .....

MEDECINE : DFASM 1  DFASM 2  DFASM 3  SERVICE .....

demande la permission de prendre..... jours de congés annuels

Du..... au .....(inclus)

L'intéressé(e)

Date

Avis du Chef de Service

	Sept	Oct	Nov	Déc	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Aout
DFASM1	12 jours											1 mois sans solde
DFASM2	12 jours											
DFASM3	12 jours											



**DEMANDE DE CONGÉ**

*(à déposer au moins 8 jours à l'avance)*

NOM..... Prénom .....

MEDECINE : DFASM 1  DFASM 2  DFASM 3  SERVICE.....

demande la permission de prendre..... jours de congés annuels

Du..... au .....(inclus)

L'intéressé(e)

Date

Avis du Chef de Service

	Sept	Oct	Nov	Déc	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Aout
DFASM1	12 jours											1 mois sans solde
DFASM2	12 jours											
DFASM3	12 jours											