# ABSENCE PERSONNEL

## SERVICE :

|  |  |
| --- | --- |
| Dénomination :  | N° d'entreprise : |

## TRAVAILLEUR :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom : | Prénom : | N° registre national : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MOTIF DE L'ABSENCE : |  | **DU** | **AU** |
| [ ]  Maladie |  |  |
|  | 1er jour de maladie : ……/……/……1er jour sous mutuelle : ……/……/…… |  |  |
| [ ]  Accident de travail |  |  |
|  | Date de l'accident : ……/……/……1er jour sous mutuelle : ……/……/……[ ]  Cocher cette case si accident de travail reconnu par l'assurance. |  |  |
| [ ]  Ecartement / congé prophylactique |  |  |
| [ ]  Congé de maternité |  |  |
| [ ]  Congé d'allaitement |  |  |
| [ ]  Congé de paternité |  |  |
|  | Précisez les dates à charge de la mutuelle : |  |  |
| [ ]  Congé parental complet |  |  |
| [ ]  Congé parental partiel |  |  |
|  | Précisez l'ETP subventionné : |  |  |
| [ ]  Crédit-temps complet |  |  |
| [ ]  Crédit-temps partiel |  |  |
|  | Précisez l'ETP subventionné : |  |  |
| [ ]  Congé sans solde complet |  |  |
| [ ]  Congé sans solde partiel |  |  |
|  | Précisez l'ETP subventionné : |  |  |
| [ ]  Grève |  |  |
| [ ]  Absence injustifiée |  |  |
| [ ]  Raisons impérieuses |  |  |
| [ ]  Autres |  |  |
|  | Précisez: |  |  |

## AUTRES INFORMATIONS OU PRECISIONS EVENTUELLES :

 **Date et signature de la Direction**