



Nom / Prénom :

N° de Sécurité Sociale :

Agence de rattachement :

**Type d'absences**☐ Congés Payés☐ Congés sans solde☐ Autre (*préciser*) :

Solde Congés payés

*(cf dernier bulletin de salaire)*

Date de début :

☐ A partir de 14h

Date de fin :

☐ Jusqu'à 12hNombre de jours  
posés*A transmettre à votre gestionnaire de compte***Approbation Agence :**☐ Acceptée☐ Refusée

Motif :

Entreprise utilisatrice (facultatif)

Commentaire :

**Signature du Responsable de l'agence :****Signature du collaborateur CDI-I :**