

# **DROITS PARENTAUX – SOUTIEN & PROFESSIONNEL**

## **DEMANDE INITIALE D'UN CONGÉ**

MATERNITÉ

PATERNITÉ

ADOPTION

RQAP choisi par le parent :

### **IDENTIFICATION**

Nom :

Prénom :

Matricule :

Lieu de travail :

Courriel :

Secteur : [Faire son choix](#)

Champ ou corps d'emploi :

### **Modalités du congé (MATERNITÉ – PATERNITÉ – ADOPTION)**

Date de début :

Année-Mois-Jour

Date de fin :

Année-Mois-Jour

### **Modalités du congé sans traitement (PARENTAL)**

**Durée du congé PARENTAL**

Date de début :

Date de fin :

### **SIGNATURE**

Signature

Date

**N. B. Bien vouloir joindre le certificat médical attestant de la date prévue d'accouchement.  
Veuillez imprimer le document, le signer et le faire parvenir à :**

Mme Sophie Schmitt, agente de bureau  
Service des ressources humaines  
Centre administratif de Dolbeau-Mistassini  
1950, boulevard Sacré-Coeur  
Dolbeau-Mistassini (Québec) G8L 2R3