

CÉGEP DE SEPT-ÎLES
Service de l'organisation de l'enseignement

SUPLÉANCE

NOM : _____ **Prénom :** _____

Je serai absent(e) du ____/____/____ au ____/____/____ inclusivement. Cela représente un total de _____
journée(s) ouvrable(s).

À COMPLÉTER PAR L'ENSEIGNANT(E)

COURS TOUCHÉ(S) PAR VOTRE ABSENCE														
Cours-groupe	Jour					Période								
	L	M	E	J	V	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Il n'y a aucun cours touché par mon absence.

SUPLÉANCE ENVISAGÉE :

Si vous avez approché un(e) collègue pour vous remplacer indiquez son nom, les cours et périodes visés et la date.

Nom du suppléant(e)	Cours	Périodes	Date

OU

Le cours sera repris de la manière suivante :

RÉSERVÉ AU SERVICE DE L'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT

J'accepte que la suppléance ou la reprise du cours soit effectuée comme présentée ci-haut.	
Signature :	Date :
Commentaires :	

N.B. : Conformément à la directive du 14 août 1996, les enseignants suppléants seront rémunérés de la façon suivante :

2 premiers jours : Temps compensatoire seulement

3^e jour et plus : Temps compensatoire ou argent

Cette directive s'applique uniquement pour les enseignants ayant une charge d'enseignement.