



Interne Solidom

Date réception :

Demande saisie

# DEMANDE DE CONGES

NOM : .....

PRENOM : .....

SIGNATURE :

VOTRE SECTEUR D'INTERVENTION : *(vous pouvez cocher plusieurs cases)*

Ouest       Toulon       Hyères       Brignoles       Handicap       Autisme

Date de demande de congés :

1<sup>er</sup> jour d'absence : .....

Jour de reprise : .....

Afin d'assurer une gestion des remplacements de qualité, nous vous demandons de remplir le tableau ci-dessous.

NOM et PRENOM du bénéficiaire	Remplacement demandé (oui/non)

## **Association SOLIDOM**

Route de la Seyne – Technopôle Var Matin BAT H - CS 40080 83192 OLLIOULES CEDEX

☎ : 04.94.93.10.58.      📠 : 04.94.06.11.34.

**Siteweb** : [www.solidom.fr](http://www.solidom.fr)

**Page facebook** : <https://www.facebook.com/association.solidom>

**SIRET** n° 43917097800027      **Naf** 8810 A      **N°FINES** n° 83 002 05 74

**Arrêté d'autorisation** n°2009-1845      **Agrément Qualité** n° SAP439170978