

ANNEXE IV

FORMULAIRE À ÊTRE REMPLI PAR UNE OU UN MÉDECIN POUR JUSTIFIER L'ABSENCE PRÉVUE À LA CLAUSE 5-1.01 G (CSQ) H (CSN)

_____ a été sous mes soins pour :
(nom de l'enfant, de la conjointe ou du conjoint)

cocher une des cases à droite s'il vous plaît

- maladie grave
 accident
 consultation d'une ou
d'un spécialiste

La présence de _____ était requise.
(nom de la salariée ou du salarié)

oui

non

Date

heure

Lieu : _____

Contraintes particulières : _____

Nom de la ou du médecin (lettres moulées)

Date

Signature

Numéro de pratique