



# Leave Application and Absence Report Demande de congé et rapport d'absence

**PROTECTED  
PROTÉGÉ**

Personal information will be protected under the provisions of the Privacy Act.  
Les renseignements personnels seront protégés en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels.

**Privacy Statement**

Provision of the information requested on this form is required to comply with the provisions of the *Financial Administration Act*, paragraph 11(2)(d). The personal information will be used in the administration of your leave and attendance requests. Refusal to complete this form may result in your supervisor not being able to approve the requested leave, and failure to report to duty or absence without authorized leave may result in disciplinary action. The information is maintained in Personal Information Bank number PWGSC PSE 903 (Attendance and Leave) and is protected in accordance with the provisions of the *Privacy Act*. Under the Act, you have the right to request access and correction to your personal information, if erroneous or incomplete. The records are retained for two years following the last administrative action and then destroyed.

**Énoncé concernant la protection des renseignements personnels**

La communication des renseignements demandés est exigée conformément à l'alinéa 11(2)(b) de la *Loi sur l'administration des finances publiques*. Les renseignements personnels que vous fournirez serviront à administrer vos demandes de congé. Si vous refusez de remplir le formulaire, votre superviseur pourrait être dans l'impossibilité d'approuver le congé demandé, et le fait de ne pas vous présenter au travail ou d'être absent sans autorisation risque d'entraîner des mesures disciplinaires. Les renseignements sont versés au fichier de renseignements personnels numéro POE TPSGC 903 (Présences et congés) et sont protégés conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Aux termes de la Loi, l'employé(e) a le droit de se faire communiquer les renseignements personnels qui le/la concernent et de demander leur correction s'ils sont erronés ou incomplets. Les renseignements sont conservés pendant une période de deux ans après la dernière utilisation administrative, puis ils sont détruits.

Type of application - Genre de demande Original or Première ou Amendment to original Modification de la première demande		Complete if amendment - Remplir seulement s'il s'agit d'une modification	
Employee Surname - Nom de famille de l'employé		Given Names - Prénoms	Personal Record Identifier Code d'identification de dossier personnel
Department - Ministère	Branch/Division/Section - Direction/Division/Section	Address - Adresse	

Type	Code	From - De		To - À		Hours and decimals Heures et décimales
		Hour Heure	Y-A M D-J	Hour Heure	Y-A M D-J	
Vacation Vacances	<b>110</b>					
Sick (Uncertified) Congé de maladie (sans certificat)	<b>210</b>					
Sick certified Congé de maladie (avec certificat)	<b>220</b>					
Sick without pay Congé de maladie non payé	<b>230</b>					
Furlough Congé d'ancienneté	<b>310</b>					
Compensatory Compensatoire	<b>810</b>					

**OTHER LEAVE TYPES - AUTRES TYPES DE CONGÉ**

Family related responsibilities Obligations familiales						
Other Paid leave Autre congé payé						
Leave without pay Congé non payé						

For all other leave types requested, give reason(s) here and/or quote article and sub-article of applicable agreement.  
Pour tout autre type de congés, indiquez ci-dessous la (les) raison(s) et/ou citez l'article de la convention collective applicable.

<p>Sick leave declaration: I declare on my honour that due to illness or injury, I was incapable of performing the duties of my position during the entire period of absence for which leave is requested as indicated.</p> <p>Déclaration de congé de maladie: Je déclare sur mon honneur avoir été incapable, par suite de maladie ou de blessure, de remplir les fonctions de mon poste durant toute la période d'absence pour laquelle j'ai demandé un congé.</p> <p>Physicians certificate form NHW 500 - Certificat médical, formule SBS 500.</p> <p>Completed and attached Rempli et annexé</p> <p>To follow À suivre</p> <p>Unobtainable - statement attached Impossible à obtenir - déclaration annexée</p> <p>_____ Employee's signature - Signature de l'employé(e)</p> <p>_____ Date</p> <p>I request leave as stated above Je demande un congé pour la raison indiquée ci-dessus</p> <p>Compressed work week Semaine de travail comprimée</p> <p>Yes Oui</p> <p>No Non</p> <p>_____ Employee's signature - Signature de l'employé(e)</p> <p>_____ Date</p>	<p>Recommended - Recommandé</p> <p>_____ Supervisor's signature - Signature du superviseur</p> <p>_____ Date</p> <p>Report of accident on duty Rapport relatif à un accident durant les heures de service</p> <p>Attached Annexé</p> <p>To follow À suivre</p> <p>Previously submitted Soumis antérieurement</p> <p>Approved by authorized officer - Approuvé par l'agent autorisé</p> <p>_____ Print Name</p> <p>_____ Signature</p> <p>_____ Date</p> <p>Leave recorded Congé enregistré</p> <p>_____ Initials - initiales</p> <p>_____ Date</p> <p>Pay form (if applicable) Formule de paye (au besoin)</p> <p>_____ Initials - initiales</p> <p>_____ Date</p>
---	--