

**REMBOURSEMENT DES LIBÉRATION SYNDICALES
POUR PERSONNES LIBÉRÉES NON-REPLACÉES
DONT LA LIBÉRATION OCCASIONNE DU TEMPS SUPPLÉMENTAIRE
OU UN SURCROÎT DE TRAVAIL**

NOM DE L'ÉCOLE : _____

NOM DU SALARIÉ LIBÉRÉ : _____

DATE DE LA LIBÉRATION : _____

RAISON DE LA LIBÉRATION : _____

NOMBRE D'HEURES DE LA LIBÉRATION : _____

	OUI	nb d'heures	NON	Date
Temps supplémentaire (maximum d'heure= Nombre d'heure de la Libération divisé par 1.5)	☐	☐	☐	_____
Surcroît de travail Effectué par : _____	☐	☐	☐	_____

Signature du salarié

Signature du supérieur immédiat

Autorisation du Syndicat

Ce formulaire doit être complété avant la date de la libération et remi lors de la réunion.

Le remboursement des libérations syndicales s'effectue selon les normes prévues aux arrangement locaux.