

Document agent

Congé de maladie (CLM/CLD/CGM)

Je soussigné(e),

Madame/Monsieur

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone(s) :

Grade :

Employeur(s) :

Sollicite : un octroi un renouvellement

Type de congé : CLM CLD CGM

Durée : 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

A compter du :

A, le

Signature