

Entente relative à l'horaire comprimé (personnel professionnel)

SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES
BUREAU DES RELATIONS PROFESSIONNELLES

TOUT EFFACER

IMPORTANT : Veuillez enregistrer le formulaire sur votre ordinateur avant de le remplir avec Adobe Reader ou à la main. Ne pas remplir le formulaire dans un navigateur Web.

I. Identification de la personne salariée

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	MATRICULE
SERVICE - BUREAU - ÉCOLE - CENTRE		
CORPS D'EMPLOI		

II. Horaire de travail

Sélectionner l'option¹ convenue entre la personne salariée et le supérieur immédiat :

- ☐ Option 1 : travailler 5 jours en 4 jours chaque semaine
- ☐ Option 2 : travailler 5 jours en 4 jours 1/2 chaque semaine
- ☐ Option 3 : travailler 10 jours en 9 jours durant une période de paie
- ☐ Option 4 : tout autre aménagement

* Pour les options 1 et 2, il suffit de remplir le tableau Horaire - semaine 1, étant donné que les deux semaines seront identiques.

Horaire - semaine 1							
Journée	AM			PM			Total de la journée
	DE	À	Total	DE	À	Total	
Lundi							
Mardi							
Mercredi							
Jeudi							
Vendredi							

Horaire - semaine 2							
Journée	AM			PM			Total de la journée
	DE	À	Total	DE	À	Total	
Lundi							
Mardi							
Mercredi							
Jeudi							
Vendredi							

Description de tout autre aménagement de l'horaire de travail convenu entre la personne salariée et le supérieur immédiat :

¹ L'aménagement de l'horaire de travail est possible que pour les semaines au cours desquelles il n'y a aucun jour chômé et payé et aucun jour de vacances

III. Conditions additionnelles

Veuillez indiquer dans cette section toutes autres conditions additionnelles jugées essentielles au maintien de l'entente

IV. Maladie

En cas d'absence maladie, la personne salariée comprend qu'il sera nécessaire de calculer le nombre d'heures ou partie d'heures qui devra être travaillé à son retour au travail.

V. Durée de l'entente²

Date de début : _____

Date de fin : _____

VI. Engagement et responsabilité du professionnel

Je déclare avoir pris connaissance des conditions applicables à la présente entente et je comprends que des changements dans mon horaire de travail pourraient survenir dans l'éventualité où l'une de ces conditions n'est plus respectée.

Signature du salarié : _____

Date : _____

VII. Autorisation du supérieur immédiat

J'autorise l'aménagement de l'horaire de travail selon les modalités prévues dans la présente entente.

Nom du supérieur immédiat : _____

Signature du supérieur immédiat : _____

Date : _____

La présente entente est sujette à l'approbation du Bureau des relations professionnelles.

CC :

² Veuillez prendre note que la durée de l'entente doit se situer à l'intérieur d'une année scolaire, soit du 1er juillet au 30 juin suivant. Celle-ci peut être renouvelée, sous réserve de l'autorisation du supérieur immédiat.