**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DISPENSE DE L’OBLIGATION DE FORMATION**

Le représentant attestant d’une maladie ou d’un congé parental ou qui est aidant naturel peut bénéficier d’une dispense de formation continue. L’absence doit être d’au moins 4 semaines consécutives pour qu’elle soit traitée et la période d’un retour progressif ne donne pas droit à une dispense. La demande doit être faite sur ce formulaire, accompagnée des documents justificatifs exigés.

Suite au traitement de la demande, une réponse sera communiquée au représentant par courriel dans un délai de 15 jours ouvrables. Toute demande incomplète ne sera pas traitée et sera retournée au représentant.

**SECTION A - IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT**

**Nom :** Cliquez ici pour entrer du texte. **Prénom :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**No certificat AMF :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**Adresse :** Cliquez ici pour entrer du texte. **Téléphone :** Cliquez ici pour entrer du texte. **Courriel :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**Sexe :** [ ]  Femme / [ ]  Homme **Langue parlée :** [ ]  Français / [ ]  Anglais

**SECTION B – MOTIF ET JUSTIFICATION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MOTIF D’ABSENCE (SÉLECTIONNER)** | **DÉBUT** | **FIN** | **DOCUMENT(s) JUSTIFICATIF(s) EXIGÉ(S)**  |
| [ ]  Aidant naturel | Cliquez ici pour choisir une date | Cliquez ici pour choisir une date | Document attestant du statut d’aidant naturel, incluant la durée de ce statut |
| [ ]  Congé préventif | Cliquez ici pour choisir une date | Cliquez ici pour choisir une date | Preuve médicale indiquant les dates du congé préventif |
| [ ]  Maladie | Cliquez ici pour choisir une date | Cliquez ici pour choisir une date | Preuve médicale indiquant les dates du congé ou une copie d’une lettre de l’assureur confirmant le versement de prestations d’invalidité |
| [ ]  Maladie | Cliquez ici pour choisir une date | [ ]  Pour une durée indéterminée | Preuve médicale indiquant les dates du congé ou une copie d’une lettre de l’assureur confirmant le versement de prestations d’invalidité |
| [ ]  Maternité | Cliquez ici pour choisir une date | Cliquez ici pour choisir une date | Copie du certificat de naissance ou d’adoption de l’enfant |
| [ ]  Paternité  | Cliquez ici pour choisir une date | Cliquez ici pour choisir une date | Copie du certificat de naissance ou d’adoption de l’enfant |
| [ ]  2e Maternité/Paternité | Cliquez ici pour choisir une date | Cliquez ici pour choisir une date | Copie du certificat de naissance ou d’adoption de l’enfant |
| [ ]  Invalidité permanente | Cliquez ici pour choisir une date | Non applicable | Lettre de Retraite Québec ou du médecin communiquant la décision rendue |

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DISPENSE DE L’OBLIGATION DE FORMATION (suite)**

**INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES**

Cliquez ici pour entrer du texte.

**DÉCLARATION DU REPRÉSENTANT**

Je confirme que tous les renseignements fournis dans ce formulaire et documents en annexe sont véridiques.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Cliquez ici pour choisir une date |
| Signature du représentant |  |  | Date |

**SINON**[ ]  Je comprends que cocher cette case constitue une signature ayant force légale.

**FAIRE PARVENIR CE FORMULAIRE REMPLI AVEC LE (LES) DOCUMENT(S) JUSTIFICATIF(S) EXIGÉ(S) À :**

**Courriel** : dispense@chambresf.com ou **Télécopieur** : 514 282-3418