

## SERVICE AGENTS INTERIMAIRES

### DEMANDE D'HEURES COMPLEMENTAIRES

**I – Dénomination de la Collectivité :**

.....

**II – L'intervention est demandée pour :**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Congé de maladie       | <input type="checkbox"/> Congé annuel   | <input type="checkbox"/> Besoin occasionnel |
| <input type="checkbox"/> Congé maternité        | <input type="checkbox"/> Congé parental | <input type="checkbox"/> Besoin saisonnier  |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) ..... |   |   |

(1)

**III – Période :** du ..... au .....

**IV – Nombre global d'heures sur la période : . . . . . heures**

**V – Nombre d'heures hebdomadaire : . . . . . heures**

**VI – Indiquer les jours et horaires de travail souhaités :**

<b>lundi :</b>	de h à h	de h à h
<b>mardi :</b>	de h à h	de h à h
<b>mercredi :</b>	de h à h	de h à h
<b>jeudi :</b>	de h à h	de h à h
<b>vendredi :</b>	de h à h	de h à h
<b>samedi :</b>	de h à h	de h à h

## VII – Remarques éventuelles

Accepteriez vous que, pour la période envisagée, les jours d'ouverture habituels de votre collectivité soient modifiés ?

OUI       NON      (1)

Autres remarques particulières :

Fait à

Le

Signature du représentant de  
la Collectivité et cachet,

(1) *cocher la case concernée*