



## DEMANDE DE CONGÉ ou D'AUTORISATION D'ABSENCE

### DOCTORANTS CONTRACTUELS

■ Nom :

Prénom :

■ Congé sollicité

le

du

au

■ soit

jour(s) ouvré(s) au titre de l'année 201 / 201

le

signature

Avis et signature du  
Responsable de thèse

Décision :

accordée

refusée

Le Directeur du Laboratoire

Solde pour l'année 201 / 201

jours sur 25 jours