

**FORMULAIRE DE RÉCLAMATION ET  
DE VÉRIFICATION D'UN QUART DE TRAVAIL**

SYNDICAT :                      FIQ     
   CSN 2     
   CSN 3     
   APTS  

**Identification de la personne salariée**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Matricule : \_\_\_\_\_ No téléphone : \_\_\_\_\_  
Titre d'emploi : \_\_\_\_\_  
Centre d'activités : \_\_\_\_\_

**Réclamation**

Nom de la personne qui a fait  
le quart de travail : \_\_\_\_\_  
Nom de la personne absente : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_ Quart de travail : \_\_\_\_\_  
Centre d'activités : \_\_\_\_\_  
Temps supplémentaire :                       Dispo                       Autre : \_\_\_\_\_  
Remarques : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Réponse de l'employeur**

Vérifié par : \_\_\_\_\_  
Réclamation justifiée :                       Réclamation non justifiée :   
Explications : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

*Le délai de dépôt d'un grief ayant pour objet cette réclamation débutera au moment de la réponse officielle de l'employeur.*

Copies :  Conseillère, liste de rappel  
 Syndicat

Rémunération (si justifié)  
 Personne salariée  
 Dossier de l'employé(e)