



## BULLETIN de don de congés à un parent d'un enfant gravement malade (loi n° 2014-459 du 9 mai 2014)

Bulletin à renvoyer, daté et signé, à : **CIBTP CGO**  
TSA 10740  
35207 RENNES CEDEX 2

### Demande de don du salarié

#### **Je soussigné(e)**

NOM / Prénom du salarié .....  
Statut (Cadre, Etam, Ouvrier) .....  
Adresse .....  
Code Postal / Ville .....  
N° de Sécurité Sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
Date de Naissance | | | / | | | / | | | | |

Demande le don de | | | jours de congés payés excédant 24 jours ouvrables, soit | | | jours de congé légal / de | | | jours d'ancienneté/ de | | | jours de fractionnement acquis.

Je reconnais que ce don est définitif et, en conséquence, que je ne pourrai pas exercer le droit à congés correspondant.

Fait à ..... Le .....  
(Signature précédée de la mention "Lu et Approuvé")

### Acceptation et engagement de l'employeur

**Je soussigné(e)**..... ayant le pouvoir de représenter l'entreprise (raison sociale de l'entreprise) ..... SIREN..... en qualité de..... certifie que les conditions prévues aux articles L.1225-65-1 et L.1225-65-2 du code du travail sont remplies et que le salarié bénéficiaire a manifesté son acceptation. En conséquence j'accepte la demande du salarié ci-dessus, je m'engage à opérer sur le bulletin de paie du donateur la déduction correspondante, et à informer et autoriser le bénéficiaire à exercer les jours cédés avec un maintien de sa rémunération pendant sa période d'absence.

Fait à ..... Le ..... Cachet de l'entreprise  
(Signature précédée de la mention "Lu et Approuvé")