



SCRIPT

Service de Coordination de la Recherche
et de l'Innovation pédagogiques et technologiques

eduPôle
28, route de Diekirch
L-7220 Walferdange
Luxembourg
T. (+352) 247-85187
F. (+352) 247-85137
BP 98 | L-7201 Bereldange
secretariat@script.lu

Demande d'octroi d'un congé dans le cadre des activités de la représentation nationale des parents d'élèves

(Travailleur salarié)



La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de [Adobe Systems Incorporated](https://www.adobe.com/fr/acrobat/reader-main.html).

Vos droits concernant vos données personnelles :

Les informations qui vous concernent recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement par l'administration concernée afin de mener à bien votre demande.

Ces informations sont conservées pour la durée nécessaire par l'administration à la réalisation de la finalité du traitement.

Les destinataires de vos données sont les administrations compétentes dans le cadre du traitement de votre demande. Veuillez-vous adresser à l'administration concernée par votre demande pour connaître les destinataires des données figurant sur ce formulaire.

Conformément au règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant d'effacement des informations vous concernant. Vous disposez également du droit de retirer votre consentement à tout moment.

En outre et excepté le cas où le traitement de vos données présente un caractère obligatoire, vous pouvez, pour des motifs légitimes, vous y opposer.

Si vous souhaitez exercer ces droits et/ou obtenir communication de vos informations, veuillez-vous adresser au **Ministère de l'Éducation nationale**. Dans le cas où les coordonnées du service responsable ne sont pas indiquées, vous avez la possibilité de vous adresser au délégué à la protection des données du **Ministère de l'Éducation nationale**. Vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale pour la protection des données ayant son siège à 1, Avenue du Rock'n'Roll, L-4361 Esch-sur-Alzette.

1. Saisie par le demandeur

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Les coordonnées du demandeur

Nom* :	<input type="text"/>		
Prénom* :	<input type="text"/>		
N° d'identification national (matricule)* :	<input type="text"/>		
Téléphone* :	<input type="text"/>	Email* :	<input type="text"/>
Rue, N°* :	<input type="text"/>		
Code postal* :	Localité* :	<input type="text"/>	
Pays* :	<input type="text"/>		



SCRIPT

Service de Coordination de la Recherche
et de l'Innovation pédagogiques et technologiques

eduPôle
28, route de Diekirch
L-7220 Walferdange
Luxembourg
T. (+352) 247-85187
F. (+352) 247-85137
BP 98 | L-7201 Bereldange
secretariat@script.lu

Congé demandé

Dates du congé	Durée du congé en heures

2. Pièces justificatives requises

Cette demande doit obligatoirement être accompagnée de la pièce justificative suivante :

- Certificat d'affiliation à la sécurité sociale

3. Validation

La signature ci-après certifie la conformité des données fournies.

La loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel prévoit que les réponses à ce formulaire ne peuvent servir à d'autres fins que le traitement d'une demande d'octroi d'un congé-formation. Conformément aux termes de la prédite législation, le droit d'accès, de rectification et de suppression des données est garanti.

4. Signature

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Fait à* :

Signature manuscrite du
demandeur* :
(ou signature digitale)

Date de la demande* :



5. Saisie par l'employeur

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Les coordonnées de l'employeur

Nom* :

N° d'identification national (*matricule*)* :

Rue, N°* :

Code postal* : Localité* :

Pays* :

Représentant de l'employeur

Nom* :

Prénom* :

Avis de l'employeur

Favorable Défavorable

Motif* :

Attestation partonale

Il est certifié par la présente que M./Mme* :

Exerce une activité de heures par semaine

Sous contrat à durée indéterminée à durée déterminée jusqu'au

6. Validation et Signature

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

La signature ci-après certifie la conformité des données fournies.

Fait à* :

Date* :

Signature manuscrite de
l'employeur* :
(ou signature digitale)