

Nom / Prénom Employé/e	
Nom / Prénom Client/Cliente	

Contrat No

A remplir par l'employé/e:

Octobre	Heures de travail		Heures de travail		Pauses	TOTAL	Signatur
	de	à	de	à	min.	h / min.	
Ma. 01.10.							
Me. 02.10.							
Je. 03.10.							
Ve. 04.10.							
Sa. 05.10.							
Di. 06.10.							
Lu. 07.10.							
Ma. 08.10.							
Me. 09.10.							
Je. 10.10.							
Ve. 11.10.							
Sa. 12.10.							
Di. 13.10.							
Lu. 14.10.							
Ma. 15.10.							
Me. 16.10.							
Je. 17.10.							
Ve. 18.10.							
Sa. 19.10.							
Di. 20.10.							
Lu. 21.10.							
Ma. 22.10.							
Me. 23.10.							
Je. 24.10.							
Ve. 25.10.							
Sa. 26.10.							
Di. 27.10.							
Lu. 28.10.							
Ma. 29.10.							
Me. 30.10.							
Je. 31.10.							

Signature Collaborateur/trice

Total des heures

Date:		Tampon et Signature Client/Cliente
-------	--	------------------------------------

A remplir par Permed:

	Nombre
Total suppléments du dimanche	
Total suppléments jours fériés	
Total suppléments du samedi	
Total suppléments de nuit	
Total compensation de nuit	
Total services tardifs	
Total service de piquet	

Rapport mensuel contrôlé par

Rapport mensuel saisi par

