Saisie du temps de travail

Etablissement : ______________________________

Mois / année : ______________________________

Nom / prénom : ______________________________

Jour	de	à	pause	de	à	pause	total	Signature collaborateur
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
Total								

X Repos **1/2 X** Demi-jour de repos **F** Férié **V** Vacances **0** Jour de compensation

M Maladie **A** Accident **MA** Maternité / Paternité **MI** Militaire **D** Divers (Art. 19 / 20 CCNT)

Signature employeur :______________________________