

Nom et Prénom : _____



Veuillez compléter les zones grisées, uniquement

Date	Objet	Temps effectif	Heures comptabilisées (ajouter une croix dans la colonne sélectionnée)				Visa GL
			Forfait à insérer dans la feuille de charge	Date de la réalisation des heures supplémentaires	Reprise des heures lors de la semaine de février ou octobre	Paiement heures supplémentaire s effectives	
		TOTAUX					