

Fiche de présence du mois de _____ 20____

Nom & prénom de l'assuré / employeur

Nom & prénom de l'assistant

DATE	MATIN		APRÈS-MIDI		HEURES TOTALES	Forfait de nuit 22h - 6h
	Heure de début	Heure de fin	Heure de début	Heure de fin		
1						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
3						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
6						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
7						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
8						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
9						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
10						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
11						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
12						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
13						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
14						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
15						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
16						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
17						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
18						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
19						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
20						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
21						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
22						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
23						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
24						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
25						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
26						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
27						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
28						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
29						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
30						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
31						<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Total du mois						

Date

Signature de l'assistant

Date

Signature de l'assuré / employeur
