

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

## R E L E V É   D ' H E U R E S

CLIENT : .....

INTÉRIMAIRE : .....

	Nombre d'heures travaillées <b>NE PAS CONVERTIR EN CENTIEMES</b>		
JOURS	DATE	HEURES	MINUTES
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			
Dimanche			
Temps passé à la <b>visite médicale</b> , à déduire des heures travaillées			

Acompte souhaité :

Oui

Non

**LA MISSION  
EST TERMINÉE**

NON

OUI

DATE DE FIN DE MISSION : .....

Observations : .....

SIGNATURE DU SALARIÉ INTÉRIMAIRE (obligatoire)	<b>SIGNATURE ET CACHET</b> ENTREPRISE UTILISATRICE (obligatoire)
---	---