

FEUILLE DE PRÉSENCE

NOM DE L'EMPLOYÉ (E) :	INSTALLATION :	
TITRE D'EMPLOI :	DÉPARTEMENT (six chiffres) :	NATURE (cinq chiffres) :

Semaine du _____ au _____

Inscrire la date du quart	Heure de début	Heure de fin réelle	Temps de repas	Temps total travaillé	Kilométrage aller-retour	Type de quart*	Signature du responsable	Matricule du responsable
<i>Dimanche</i>								
<i>Lundi</i>								
<i>Mardi</i>								
<i>Mercredi</i>								
<i>Jeudi</i>								
<i>Vendredi</i>								
<i>Samedi</i>								

Remarque

Signature du gestionnaire

Signature de l'employé de l'agence

SOINS INTERMEDIAIRE INC. 514-369-2424

Nom de l'agence

Type de quart REG = Régulier COVID = COVID Supp = supplémentaire FER = Férié QUA = Quarantaine ORI - Orientation
