







# AUTORISATION DU TEMPS SUPPLÉMENTAIRE

COCHEZ VOTRE DÉPARTEMENT:

SOINS  
 MAINTENANCE

CUISINE  
 BUANDERIE

LOISIR  
 RÉCEPTION

ENTRETIEN

SEMAINE

DU: \_\_\_\_\_

ÉTAGE: 3 C/D

SVP INSCRIRE LES INFORMATIONS EN LETTRES MOULÉES

DATE	NOM DE L'EMPLOYÉ	# d'employé	RAISON	Heures travaillées réclamées de <del>23 à 23:30</del> HRS	AUTORISATION par supérieur immédiat	Inscrit Dans Kronos par
22-11-01		Soins d'express	Attendent employant	30min	Pas d'auxiliaire de nuit	Shij.

DOCUMENT À REMETTRE AUX R.H. AVANT LE DIMANCHE MATIN SANS FAUTE OU LAISSER DANS LE PIGEONNIER RH À LA RÉCEPTION