

Fiche de présence du mois de _____ 20_____

Nom & prénom de l'assuré / employeur

Nom & prénom de l'assistant

Date	Heure de début	Heure de fin	Heures totales	Forfait de nuit 23h - 6h
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
Total du mois				

Date

Signature de l'assistant

Date

Signature de l'assuré / employeur
