OCAS Genève

**Office cantonal des assurances sociales**
Assurance-invalidité

# Fiche de présence du mois de _____ 20_____

**Nom & prénom de l'assuré / employeur**

**Nom & prénom de l'assistant**

| DATE | MATIN | | APRÈS-MIDI | | HEURES TOTALES | NUIT (de 20H00 à 7H00) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Heure de début | Heure de fin | Heure de début | Heure de fin | | Heure de début | Heure de fin |
| 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**

v.03 09.01.2024