

Relevé d'activité

Etablissement :

Intérimaire :
 Nom :
 Prénom :
 Qualification :

N° de contrat :

La paie est effectuée à compter du 12 du mois suivant. Elle prend en compte l'ensemble de l'activité du mois précédent. **MERCI DE RENVoyer VOTRE RELEVÉ CHAQUE SEMAINE, et VOS CONTRATS.**

Semaine n°	Date	Travail			Férié		Observations (Indemnités, primes, déplacements)
		Durée en heures minutes, pause décomptée	Durée en heures minutes, pause décomptée	Astreinte Durée en heures minutes, pause décomptée	Travaillé	Chômé	
--	/ /	-- h --	-- h --	-- h --			
Lundi	/ /	-- h --	-- h --	-- h --			
Mardi	/ /	-- h --	-- h --	-- h --			
Mercredi	/ /	-- h --	-- h --	-- h --			
Jeudi	/ /	-- h --	-- h --	-- h --			
Vendredi	/ /	-- h --	-- h --	-- h --			
Samedi	/ /	-- h --	-- h --	-- h --			
Dimanche	/ /	-- h --	-- h --	-- h --			

Total Heures -- h -- Total Heures -- h -- Total Heures -- h --

Retournez le document à :

Senioritage Santé
 41 rue de l'Echiquier
 75010 Paris

Tél. : 01 707 707 10
 Fax : 01 70 24 72 31

www.senioritage.fr
courriel@senioritage.fr

Cachet et signature **obligatoire** du client :

Signature de l'intérimaire :

Relevé d'activité

Etablissement :

Intérimaire :

Nom :

Prénom :

Qualification :

N° de contrat :

La paie est effectuée à compter du 12 du mois suivant. Elle prend en compte l'ensemble de l'activité du mois précédent. **MERCI DE RENVoyer VOTRE RELEVÉ CHAQUE SEMAINE, et VOS CONTRATS.**

Envoyez vos relevés d'activités signés chaque semaine.

Semaine n°	Date	Travail de jour	Travail de nuit	Astreinte	Férié		Observations
--	/ /	Durée en heures minutes, pause décomptée	Durée en heures minutes, pause décomptée	Durée en heures minutes, pause décomptée	Travaillé	Chômé	(Indemnités, primes, déplacements)
Lundi	/ /	-- h --	-- h --	-- h --			
Mardi	/ /	-- h --	-- h --	-- h --			
Mercredi	/ /	-- h --	-- h --	-- h --			
Jeudi	/ /	-- h --	-- h --	-- h --			
Vendredi	/ /	-- h --	-- h --	-- h --			
Samedi	/ /	-- h --	-- h --	-- h --			
Dimanche	/ /	-- h --	-- h --	-- h --			

Total Heures -- h -- Total Heures -- h -- Total Heures -- h --

Cachet et signature **obligatoire** du client :

Signature de l'intérimaire :

Retournez le document à :

Senioritage Santé
41 rue de l'Echiquier
75010 Paris

Tél. : 01 707 707 10
Fax : 01 70 24 72 31

www.senioritage.fr
courriel@senioritage.fr