

	Prénom et nom :	FEUILLE DE TEMPS
	Fonction :	
	Période du : _____ au _____	

Veuillez, s'il vous plaît, envoyer ce formulaire chaque dimanche par courriel à l'adresse : paie@soinsassistancefab.ca

Date	Quart (J/S/N)	Heure d'arrivée	Heure de départ	Temps des repas	Heures totales	Approuvé par (nom et prénom de la personne qui valide le quart)	Unité/Dép./service
Dimanche							
Lundi							
Mardi							
Mercredi							
Jeudi							
Vendredi							
Samedi							

Information(s) supplémentaire(s) :

Total des heures :

Signature de l'employé(e) : _____