

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

Veillez, 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	Durée totale	Approuvé par (nom et prénom de la personne qui valide le quart)	Unité/Dép./service
Dimanche	Jour						
	Soir						
	Nuit						
Lundi	Jour						
	Soir						
	Nuit						
Mardi	Jour						
	Soir						
	Nuit						
Mercredi	Jour						
	Soir						
	Nuit						
Jeudi	Jour						
	Soir						
	Nuit						
Vendredi	Jour						
	Soir						
	Nuit						
Samedi	Jour						
	Soir						
	Nuit						

Information(s) supplémentaire(s) :

Total des heures :

Signature de l'employé(e) : _____