

SEMAINE DU _____ AU _____

NOM DU CLIENT : _____ LIEU DE MISSION : _____

NOM DE L'INTERIMAIRE : _____ QUALIFICATION : _____

Acompte

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR L'ENTREPRISE

Mois	Date	H.N.	25	33	50	100	BRISURES		
							normale	25 %	33 %
Lundi									
Mardi									
Mercredi									
Jeudi									
Vendredi									
Samedi									
TOTAL heures de jour									
TOTAL heures de nuit									

LE CLIENT INFORME
 QUE LA MISSION EST :

- à continuer
- terminée
- rompue par le salarié

Cachet et signature

*TOTAL DES HEURES
 TRAVAILLEES (en lettres)*