

FEUILLES DE TEMPS

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec 

NOM DE L'AGENCE:	SEMAINE DU _____ AU _____
NOM DE L'EMPLOYÉ:	NO DE MATRICULE:

DATE DIMANCHE	NUIT JOUR SOIR	HEURE D'ARRIVÉE	EMPLOYÉ DU CISSS APPROUVANT L' HEURE D'ARRIVÉE (SIGNATURE)	NOM DE L'EMPLOYÉ DU CISSS APPROUVANT L'HEURE D'ARRIVÉE (LETTRES MOULÉES)	HEURE DE DÉPART	PAUSE REPAS	TOTAL NOMBRE D'HEURES	EMPLOYÉ DU CISSS APPROUVANT L' HEURE DE DÉPART (SIGNATURE)	NOM DE L'EMPLOYÉ DU CISSS APPROUVANT L'HEURE DE DÉPART (LETTRES MOULÉES)
LIEU DU QUART DE TRAVAIL:				NO EMPLOYÉ:					NO EMPLOYÉ:

DATE LUNDI	NUIT JOUR SOIR	HEURE D'ARRIVÉE	EMPLOYÉ DU CISSS APPROUVANT L' HEURE D'ARRIVÉE (SIGNATURE)	NOM DE L'EMPLOYÉ DU CISSS APPROUVANT L'HEURE D'ARRIVÉE (LETTRES MOULÉES)	HEURE DE DÉPART	PAUSE REPAS	TOTAL NOMBRE D'HEURES	EMPLOYÉ DU CISSS (SIGNATURE) APPROUVANT L' HEURE DE DÉPART	NOM DE L'EMPLOYÉ DU CISSS (LETTRES MOULÉES)
LIEU DU QUART DE TRAVAIL:				NO EMPLOYÉ:					NO EMPLOYÉ:

DATE MARDI	NUIT JOUR SOIR	HEURE D'ARRIVÉE	EMPLOYÉ DU CISSS APPROUVANT L' HEURE D'ARRIVÉE (SIGNATURE)	NOM DE L'EMPLOYÉ DU CISSS APPROUVANT L'HEURE D'ARRIVÉE (LETTRES MOULÉES)	HEURE DE DÉPART	PAUSE REPAS	TOTAL NOMBRE D'HEURES	EMPLOYÉ DU CISSS (SIGNATURE) APPROUVANT L' HEURE DE DÉPART	NOM DE L'EMPLOYÉ DU CISSS (LETTRES MOULÉES)
LIEU DU QUART DE TRAVAIL:				NO EMPLOYÉ:					NO EMPLOYÉ:

DATE MERCREDI	NUIT JOUR SOIR	HEURE D'ARRIVÉE	EMPLOYÉ DU CISSS APPROUVANT L' HEURE D'ARRIVÉE (SIGNATURE)	NOM DE L'EMPLOYÉ DU CISSS APPROUVANT L'HEURE D'ARRIVÉE (LETTRES MOULÉES)	HEURE DE DÉPART	PAUSE REPAS	TOTAL NOMBRE D'HEURES	EMPLOYÉ DU CISSS (SIGNATURE) APPROUVANT L' HEURE DE DÉPART	NOM DE L'EMPLOYÉ DU CISSS (LETTRES MOULÉES)
LIEU DU QUART DE TRAVAIL:				NO EMPLOYÉ:					NO EMPLOYÉ:

DATE JEUDI	NUIT JOUR SOIR	HEURE D'ARRIVÉE	EMPLOYÉ DU CISSS APPROUVANT L' HEURE D'ARRIVÉE (SIGNATURE)	NOM DE L'EMPLOYÉ DU CISSS APPROUVANT L'HEURE D'ARRIVÉE (LETTRES MOULÉES)	HEURE DE DÉPART	PAUSE REPAS	TOTAL NOMBRE D'HEURES	EMPLOYÉ DU CISSS (SIGNATURE) APPROUVANT L' HEURE DE DÉPART	NOM DE L'EMPLOYÉ DU CISSS (LETTRES MOULÉES)
LIEU DU QUART DE TRAVAIL:				NO EMPLOYÉ:					NO EMPLOYÉ:

DATE VENDREDI	NUIT JOUR SOIR	HEURE D'ARRIVÉE	EMPLOYÉ DU CISSS APPROUVANT L' HEURE D'ARRIVÉE (SIGNATURE)	NOM DE L'EMPLOYÉ DU CISSS APPROUVANT L'HEURE D'ARRIVÉE (LETTRES MOULÉES)	HEURE DE DÉPART	PAUSE REPAS	TOTAL NOMBRE D'HEURES	EMPLOYÉ DU CISSS (SIGNATURE) APPROUVANT L' HEURE DE DÉPART	NOM DE L'EMPLOYÉ DU CISSS (LETTRES MOULÉES)
LIEU DU QUART DE TRAVAIL:				NO EMPLOYÉ:					NO EMPLOYÉ:

DATE SAMEDI	NUIT JOUR SOIR	HEURE D'ARRIVÉE	EMPLOYÉ DU CISSS APPROUVANT L' HEURE D'ARRIVÉE (SIGNATURE)	NOM DE L'EMPLOYÉ DU CISSS APPROUVANT L'HEURE D'ARRIVÉE (LETTRES MOULÉES)	HEURE DE DÉPART	PAUSE REPAS	TOTAL NOMBRE D'HEURES	EMPLOYÉ DU CISSS (SIGNATURE) APPROUVANT L' HEURE DE DÉPART	NOM DE L'EMPLOYÉ DU CISSS (LETTRES MOULÉES)
LIEU DU QUART DE TRAVAIL:				NO EMPLOYÉ:					NO EMPLOYÉ:

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E) DE L'AGENCE: _____

DATE: _____