

# FICHE DE POINTAGE : Octobre 2023



Employeur :

Salarié(e) :

**Fin de contrat :**  
 Date de sortie: ...../...../ 2023  
 Motif: .....

1 <sup>ère</sup> semaine			2 <sup>ème</sup> semaine			3 <sup>ème</sup> semaine			4 <sup>ème</sup> semaine			5 <sup>ème</sup> semaine			6 <sup>ème</sup> semaine			
Nombre d'heures		dont heures de nuit	Nombre d'heures		dont heures de nuit	Nombre d'heures		dont heures de nuit	Nombre d'heures		dont heures de nuit	Nombre d'heures		dont heures de nuit	Nombre d'heures		dont heures de nuit	
			Lundi	2		Lundi	9		Lundi	16		Lundi	23		Lundi	30		
			Mardi	3		Mardi	10		Mardi	17		Mardi	24		Mardi	31		
			Mercredi	4		Mercredi	11		Mercredi	18		Mercredi	25					
			Jeudi	5		Jeudi	12		Jeudi	19		Jeudi	26					
			Vendredi	6		Vendredi	13		Vendredi	20		Vendredi	27					
			Samedi	7		Samedi	14		Samedi	21		Samedi	28					
Dimanche	1		Dimanche	8		Dimanche	15		Dimanche	22		Dimanche	29					
<b>TOTAL</b>			<b>TOTAL</b>			<b>TOTAL</b>			<b>TOTAL</b>			<b>TOTAL</b>			<b>TOTAL</b>			

NB : Merci d'indiquer les heures de nuit par jour ( de 21h à 6h) s' il y en a      ex : 12 h dont ..... heures de nuit

<b>Nombre total d'heures travaillées dans le mois</b>	
<b>Prime, motif .....</b>	€

**ATTENTION : Merci de prendre en compte les abréviations à utiliser en cas d'absences de vos salariés.**  
**CP : Congés Payés**  
**F : Formation (contrat apprentissage)**  
**MAL : Maladie**  
**AT : Accident de travail**  
**ABS : Absences injustifiées**  
**RCR : Repos compensateur de remplacement**  
**HC : Heures de compensation**  
**HM : Heure de modulation**  
**RCA : Repos compensateur annuel**  
**CA : congés d'ancienneté**  
**CF : congés de fractionnement**  
**CEF : Congés événements familiaux (décès, mariage, paternité)**  
**RTT : Réduction temps de travail**  
**JSA : Journée de solidarité Autonomie**

Déductions		Remboursements	
Acompte			
Petit déjeuner (nombre de repas)	2,11€ × .....		
Nourriture midi (nombre de repas)	7,02€ × .....		
Nourriture soir (nombre de repas)	4,91€ × .....	Prime panier (nombre de repas)	8,02€ × .....
Fouritures diverses : Montant:		Fouritures diverses: Montant:	
Téléphone		Téléphone	
Logement		Frais déplacements professionnels (nb de km)	0,41€ × .....
Saisie sur salaire		Frais déplacements domicile- travail: - valeur journalière	
Nombre de personnes à charge :			

Date de l'envoi : ...../...../2023

Signature de l'employeur :

Signature du salarié :