

FICHE DE POINTAGE : AVRIL 2025



Employeur :

Salarié(e) :

Fin de contrat :

Date de sortie :/...../ 2025

Motif :

| Semaine n°14 | | Nombre d'heures | dont heures de nuit | Semaine n°15 | | Nombre d'heures | dont heures de nuit | Semaine n°16 | | Nombre d'heures | dont heures de nuit | Semaine n°17 | | Nombre d'heures | dont heures de nuit | Semaine n°18 | | Nombre d'heures | dont heures de nuit |
|--------------|---|-----------------|---------------------|--------------|----|-----------------|---------------------|--------------|----|-----------------|---------------------|--------------|----|-----------------|---------------------|--------------|----|-----------------|---------------------|
| | | | | Lundi | 7 | | | Lundi | 14 | | | Lundi | 21 | JF | | Lundi | 28 | | |
| Mardi | 1 | | | Mardi | 8 | | | Mardi | 15 | | | Mardi | 22 | | | Mardi | 29 | | |
| Mercredi | 2 | | | Mercredi | 9 | | | Mercredi | 16 | | | Mercredi | 23 | | | Mercredi | 30 | | |
| Jeudi | 3 | | | Jeudi | 10 | | | Jeudi | 17 | | | Jeudi | 24 | | | | | | |
| Vendredi | 4 | | | Vendredi | 11 | | | Vendredi | 18 | | | Vendredi | 25 | | | | | | |
| Samedi | 5 | | | Samedi | 12 | | | Samedi | 19 | | | Samedi | 26 | | | | | | |
| Dimanche | 6 | | | Dimanche | 13 | | | Dimanche | 20 | | | Dimanche | 27 | | | | | | |
| TOTAL | | | | TOTAL | | | | TOTAL | | | | TOTAL | | | | TOTAL | | | |

NB : Merci d'indiquer les heures de nuit par jour (de 21h à 6h) ex : 12 h dont heures de nuit

| | |
|---|---|
| Nombre total d'heures travaillées dans le mois | |
| Prime, motif: | € |

Commentaire :

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
 AUTO : Absences autorisées
 INJU : 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 évènements familiaux (décès, mariage, paternité)
 RTT : Réduction temps de travail
 JSA : Journée de solidarité Autonomie*

Date de l'envoi :/...../2025

Signature de l'employeur :

Signature du salarié :

| Déductions | | Remboursements | |
|---|---------------|--|---------------|
| Acompte | | | |
| Petit déjeuner (nombre de repas) | 2,21 × | | |
| Nourriture midi (nombre de repas) | 7,39€ × | | |
| Nourriture soir (nombre de repas) | 5.17€ × | Prime panier (nombre de repas) | 8,44€ × |
| Fournitures diverses Montant: | | Fournitures diverses Montant: | |
| Téléphone | | Téléphone | |
| Logement | | Frais déplacements professionnels (nb de km) | 0,41€ × |
| Saisie sur salaire Nombre de personnes à charge : | | Frais déplacements domicile- travail: - valeur journalière | |