

**A remplir
chaque fin de semaine
et chaque fin de mission**

**EXEMPLAIRE CLIENT
À CONSERVER**

27, rue Joubert - 75009 Paris - Tél. : 01.55.31.91.91 - Fax : 01.55.31.91.92 - Email : lfpjoubert@lfpinterim.com

RELEVÉ HEBDOMADAIRE DES HEURES DE TRAVAIL

SEMAINE DU : _____ **AU :** _____ **POSTE OCCUPÉ :** _____

NOM DU CLIENT : _____

LIEU DE LA MISSION : _____

NOM DE L'INTÉRIMAIRE : _____

| JOURS | DATES | HORAIRES TRAVAILLÉS | TPS DE PAUSE REPAS | NBRE H. EFFECTUÉES |
|--------------|-------|---------------------|--------------------|--------------------|
| LUNDI | | | | |
| MARDI | | | | |
| MERCREDI | | | | |
| JEUDI | | | | |
| VENDREDI | | | | |
| SAMEDI | | | | |
| DIMANCHE | | | | |
| TOTAL | | | | |

Total des heures travaillées (en toutes lettres) :

- LA MISSION :**
- Doit continuer
 - Est terminée
 - Est rompue par le salarié
 - Essai non concluant

Aucun acompte, ni salaire, ne pourra être versé à l'intérimaire en l'absence de ces précisions.

**CACHET ET SIGNATURE DU CLIENT
SUR LES QUATRE FEUILLETS
IMPÉRATIVEMENT**

NOM DU SIGNATAIRE :

L'intérimaire doit nous retourner impérativement ce relevé signé et tamponné par le client, chaque semaine, et au plus tard avant le 5 du mois suivant.

27, rue Joubert - 75009 Paris - Tél. : 01.55.31.91.91 - Fax : 01.55.31.91.92 - Email : lfpjoubert@lfpinterim.com

RELEVÉ HEBDOMADAIRE DES HEURES DE TRAVAIL

SEMAINE DU : _____ AU : _____ POSTE OCCUPÉ : _____

NOM DU CLIENT : _____

LIEU DE LA MISSION : _____

NOM DE L'INTÉRIMAIRE : _____

LA MISSION : Doit continuer
 Est terminée
 Est rompue par le salarié
 Essai non concluant

Aucun acompte, ni salaire, ne pourra être versé à l'intérimaire en l'absence de ces précisions.

| JOURS | DATES | HORAIRES TRAVAILLÉS | TPS DE PAUSE REPAS | NBRE H. EFFECTUÉES |
|--------------|-------|---------------------|--------------------|--------------------|
| LUNDI | | | | |
| MARDI | | | | |
| MERCREDI | | | | |
| JEUDI | | | | |
| VENDREDI | | | | |
| SAMEDI | | | | |
| DIMANCHE | | | | |
| TOTAL | | | | |

**CACHET ET SIGNATURE DU CLIENT
SUR LES QUATRE FEUILLETS
IMPÉRATIVEMENT**

NOM DU SIGNATAIRE : _____

Total des heures travaillées (en toutes lettres) :

www.lfp-interim.com

**A remplir
chaque fin de semaine
et chaque fin de mission**

**EXEMPLAIRE INTÉrimAIRE
À CONSERVER**

27, rue Joubert - 75009 Paris - Tél. : 01.55.31.91.91 - Fax : 01.55.31.91.92 - Email : lfpjoubert@lfpinterim.com

RELEVÉ HEBDOMADAIRE DES HEURES DE TRAVAIL

SEMAINE DU : _____ **AU :** _____ **POSTE OCCUPÉ :** _____

NOM DU CLIENT : _____

LIEU DE LA MISSION : _____

NOM DE L'INTÉrimAIRE : _____

| JOURS | DATES | HORAIRES TRAVAILLÉS | TPS DE PAUSE REPAS | NBRE H. EFFECTUÉES |
|--------------|-------|---------------------|--------------------|--------------------|
| LUNDI | | | | |
| MARDI | | | | |
| MERCREDI | | | | |
| JEUDI | | | | |
| VENDREDI | | | | |
| SAMEDI | | | | |
| DIMANCHE | | | | |
| TOTAL | | | | |

Total des heures travaillées (en toutes lettres) :

LA MISSION : Doit continuer
 Est terminée
 Est rompue par le salarié
 Essai non concluant

**Aucun acompte, ni salaire, ne
pourra être versé à l'intérimaire en
l'absence de ces précisions.**

**CACHET ET SIGNATURE DU CLIENT
SUR LES QUATRE FEUILLETS
IMPÉRATIVEMENT**

NOM DU SIGNATAIRE :

www.lfp-interim.com