



**INFORMATION OBLIGATOIRE POUR LE PAIEMENT**

<b>Nom à la naissance:</b>	<b>Prénom:</b>
	<b>Matricule :</b>
<b>Corps d'emploi :</b>	<b>Service - école:</b>
<b>Matricule de la personne remplacée:</b>	<b>Code budgétaire:</b>
	<b>No de projet :</b>

**Semaine débutant dimanche le:**

Journée	Date		Heures/minutes		Raison	Total d'heures/minutes		
			de	à		Régulier	Prime de soir	Supplémentaire
Dimanche		AM						
		PM						
		Autres						
Lundi		AM						
		PM						
		Autres						
Mardi		AM						
		PM						
		Autres						
Mercredi		AM						
		PM						
		Autres						
Jeudi		AM						
		PM						
		Autres						
Vendredi		AM						
		PM						
		Autres						
Samedi		AM						
		PM						
		Autres						
<b>TOTAL DE LA SEMAINE:</b>								

Temps supplémentaire monnayé:

Temps supplémentaire compensé:

Signature de l'employé:	Date:
Signature du supérieur immédiat:	Date: