



RELEVÉ D'HEURES
PERSONNELS DE SOUTIEN ET PROFESSIONNEL

NOM, PRÉNOM : _____

N.A.S. : _____ LIEU DE TRAVAIL : _____

PERSONNEL RÉGULIER :

T. suppl. monn.
T. suppl. compensé
Taux _____ %

PERSONNEL TEMPORAIRE :

Remplacement
Surcroît
Location de salle

CHAPITRE 10-0.00 :

Éducation des adultes
Service de garde
Surv. élèves (15 h ou -)

Autre : _____ Autre : _____ Autre : _____

DATE	NOMBRE D'HEURES OU DE MINUTES	PRIME (1)	PERSONNE REMPLACÉE ET MOTIF (2)	CODE BUDGÉTAIRE OBLIGATOIRE
LE LUNDI : _____				
LE MARDI : _____				
LE MERCREDI : _____				
LE JEUDI : _____				
LE VENDREDI : _____				
LE SAMEDI : _____				
LE DIMANCHE : _____				
TOTAL :			1 : Indiquer S pour prime de soir ou N pour prime de nuit 2 : Préciser la nature du travail ou le nom de l'organisme si location de salle	

REMARQUES: _____

Signature de la direction

Signature de l'employée ou de l'employé

Copie blanche : services administratifs

Copie jaune : unité administrative

Copie rose : employée ou employé