

Mois/Année : _____ / _____ Entreprise : _____ Nom salarié : _____

A remplir uniquement en cas de changement

CCN Bâtiment

CCN Autre : _____

CCN Travaux Public

👉 **Merci de fournir les informations relatives aux indemnisations**

Semaine N°	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Semaine N°	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Dates							Dates						
Heures							Heures						
Paniers							Paniers						
Trajets							Trajets						
Transports							Transports						
GD							GD						
Total d'heures / semaine							Total d'heures / semaine						
Dates							Dates						
Heures							Heures						
Paniers							Paniers						
Trajets							Trajets						
Transports							Transports						
GD							GD						
Total d'heures / semaine							Total d'heures / semaine						
Dates							TOTAL						
Heures							H.Norm.	H. 25%	H. 50%	H. Nuit	TOTAL HEURES / MOIS		
Paniers							Observations/Commentaires						
Trajets													
Transports													
GD													
Total d'heures / semaine													

Cachet et signature entreprise :

Signature salarié :