



**AIGLE
SION**

Nom :

Prénom :

Profession :

Conseiller :

Mois :

Semaine	du - au	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	H. suppl.	Total	Signature	Frais / Divers :

Client :

Total heures :

Responsable :

Timbre de la société :

Fonction :

Lieu :

Date :

Signature :

No :

Ecarts entre la durée de travail convenue dans le contrat et les durées de travail décomptées dans ce rapport.

Le collaborateur confirme par sa signature apposée sur le présent rapport de durée de travail que les écarts par rapport à la durée de travail convenue par contrat sont exclusivement l'effet de sa volonté et il se déclare formellement d'accord avec le fait que seules les heures de travail fournies, faisant ici l'objet du décompte et confirmées par signature de l'entreprise locataire de services seront rémunérées.

.....