

Agropole - 2133 Route de Chauvigny
86 550 MIGNALOUX BEAUVOIR
05 49 44 74 66 - 06 33 71 03 05

MOIS : _____

EXPLOITANT

Nom, Prénom :

Raison sociale :

Commune :

Téléphone :

Laiterie :

Personne remplacée :

AGENT DE REMPLACEMENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Cadre réservé au SR

Nombre d'heures totales : _____

Hrs normales : _____

Hrs 25% : _____

Hrs 50 % : _____

Hrs Dimanche : _____

Hrs JF : _____

Kms à payer : _____

Date	Horaires de travail		Nb heures travaillées	Motif	Kms domicile exploit.	Nb de trajet	Cadre réservé au SR	
	Matin	Après midi					N° CT	N°OT
Lun.								
Mar.								
Merc.								
Jeu.								
Vend.								
Sam.								
Dim.								

TOTAL

Lun.								
Mar.								
Merc.								
Jeu.								
Vend.								
Sam.								
Dim.								

TOTAL

Date	Horaires de travail		Nb heures travaillées	Motif	Kms domicile exploit.	Nb de trajet	Cadre réservé au SR	
	Matin	Après midi					N° CT	N°OT
Lun.								
Mar.								
Merc.								
Jeu.								
Vend.								
Sam.								
Dim.								

TOTAL

Lun.								
Mar.								
Merc.								
Jeu.								
Vend.								
Sam.								
Dim.								

TOTAL

MOTIFS

* Joindre les justificatifs

1. Congés / Loisirs
2. Maladie / Accident *
3. Congés maternité / paternité
4. Mandat Professionnel *
5. Formation Professionnel *
6. Mandat Syndical

Signature de l'agent

Signature de l'exploitant

Exemplaire à envoyer au SR