

ENTREPRISE :
Adresse

Nom du chauffeur :

Période du _____ au _____

Jour	Date	Code	Temps de travail	Temps non considéré comme temps de travail		Heures Suppl.	indemnités journalières			Remarques
				Temps de disponibilité rémunéré	Arrêt non-rémunéré		A	B	C	
Lun										
Mar										
Mer										
Jeu										
Ven										
Sam										
Dim										
Totaux semaine										

Lun										
Mar										
Mer										
Jeu										
Ven										
Sam										
Dim										
Totaux semaine										

Lun										
Mar										
Mer										
Jeu										
Ven										
Sam										
Dim										
Totaux semaine										

Lun										
Mar										
Mer										
Jeu										
Ven										
Sam										
Dim										
Totaux semaine										

Lun										
Mar										
Mer										
Jeu										
Ven										
Sam										
Dim										
Totaux semaine										

Totaux mois

Prestations :

Nbre	Jours	Type	Heures
T		Travail	
T		Dispo	
Hr.	Suppl.		
VA			
JF			
MA			
A	RGPT		
B	Repas		
C	Nuitées		

Code

T = Temps de travail ou de disponibilité

VA = Vacances annuelles

JF = Jours fériés

MA = Maladie

RH = Repos hebdomadaire

AT = Accident de travail

Signatures

Travailleur :

Employeur :

Document à conserver 5 ans minimum par l'employeur