

FEUILLE DE PRESENCE HEBDOMADAIRE

Année :

Salarié :

Mois :

Poste :

Semaine n°

Jour	Date	Prestation concernée et tâches effectuées	Heure d'arrivée	Heure de départ	Temps de pause et repas	Temps de déplacement*	Visa du Chef de chantier
Lundi							
Mardi							
Mercredi							
Jeudi							
Vendredi							
Samedi							
Dimanche							

*temps de déplacement entre le lieu de travail et le lieu de la prestation

Signature du salarié :