

**INTERIMAIRE**

**ENTREPRISE UTILISATRICE**



**6 Avenue Gourgaud 75017 Paris**

**Tel: 01.56.33.39.10  
Fax 01.74.18.11.52**

[www.fyte.com](http://www.fyte.com)

Nom:

Raison sociale:

Prénom:  
N° contrat:  
Semaine  
du

Adresse:

au

	DATE	HEURES TRAVAILLÉES	HEURES DE NUIT	HEURES PAUSE PAYÉE	HEURES DE PAUSE NON PAYÉE	JOURS FERIÉS NON TRAVAILLÉS	JOURS FERIÉS TRAVAILLÉS	RTT	ABSENCE	VISITE MEDICALE	TOTAL
LUNDI											
MARDI											
MERCREDI											
JEUDI											
VENDREDI											
SAMEDI											
DIMANCHE											

TOTAL DES HEURES PAYEES EN LETTRES :

Les heures sont exprimées en :  centièmes  minutes

**Rappel des durées maximales: 48H/semaine ou 44H en moyenne sur 12 semaines - 10H/jour - Minimum 11H de repos quotidien**

**OBSERVATIONS :**

*La mission doit être exercée jusqu'au terme indiqué sur le contrat (ART. L.1251-11 à 13 / L.1251-26 à 28 / L.1251-30 à 31 / L.1251-35 et L.1251-43 du code du travail)*

INFORMATION SUR L'ISSUE DE LA MISSION	DEMANDE D'ACOMPTE	INTERIMAIRE	ENTREPRISE UTILISATRICE
Prolongation <input type="checkbox"/>	OUI	DATE ET SIGNATURE	DATE, CACHET ET SIGNATURE
Fin de mission <input type="checkbox"/>			
Départ volontaire de l'intérimaire <input type="checkbox"/>	NON		
Essai non concluant à l'initiative de l'entreprise utilisatrice <input type="checkbox"/>			
à l'initiative de l'intérimaire <input type="checkbox"/>			

Votre signature certifiée, conformément au contrat de mission, au contrat de mise à disposition et à nos conditions générales de prestations, l'exactitude du nombre d'heures et que le travail a été satisfaisant.

SAS au capital de 105 000 Euros RCS PARIS Siret 500 365 572 00048 APE: 7820Z - Garantie Financière: QBE INSURANCE EUROPE LIMITED - 12 place Vendôme 75001 PARIS (article L1251-49 et s, du Code du Travail)

Le relevé doit être transmis à FYTE chaque fin de semaine et le dernier jour du mois en cas de semaine tronquée par **fax au 01 74 18 11 52** ou par **mail à contrat@fyte.com**