

Mr/Mme.....**NOM PRENON** de l'ASSFAM.....

A RENVOYER AVANT LE 6 DU MOIS
A rh-assfam@eure.fr (sinon paie du mois suivant)

N/Ref : DEF/SAF/RH
Poste : 02.32.31.51.64 (Mme DEFFRENE)
02 32 31 50 71 (Mme PAUL)

FICHE DE PRESENCES DU MOIS DE :.....JANVIER**.....2024**

Si vous avez accueilli un nouvel enfant à temps complet ce mois-ci, indiquer son nom et prénom ainsi que la date d'arrivée :

Enfant 1:...ex: **Jonathan Y**..... Le: ...**10/01/2024**.....

Enfant 2:..... Le:

Enfant 3:..... Le:

Noms et prénoms De tous les enfants accueillis	Du	Heure	Au	Heure	Motif de présence ou d'absence	Nombre de jours réels dans le mois (tout accueil)
Jonathan Y	10/01/2024	17h	31/01/2024		Temps complet	21 jours
Leila M	01/01/2024	17h	03/01/2024	18h	DVH	29 jours
	08/01/2024	17h	10/01/2024	18h	Relais chez M	
Kevin S	01/01/2024		31/01/2024		Temps complet	31 jours
Lilou T	15/01/2024	17h	17/01/2024	18h	Relais régulier/soutien	3 jours
Noé D	01/01/2024		25/01/2024	18h	Temps complet + réorientation	25 jours

Si un enfant à temps complet a quitté votre domicile ce mois-ci, indiquer son nom et prénom ainsi que la date de départ :

Enfant 1:...ex: **Noé D** Le: ...**25/01/2024**

Enfant 2:..... Le:

Enfant 3:..... Le:

Le Signature