

 **Un carrefour vers l’autonomie**

1111 St-Charles ouest, Tour ouest, 2ème étage, Longueuil, QC, J4K 5G4

 N° de téléphone (450) 463-1710 -- N° de télécopieur (450) 463-0243

**AVIS DE TEMPS SUPPLÉMENTAIRE / REPRISE DE TEMPS**

MODIFICATION D’HORAIRE DE TRAVAIL

Nom de la personne salariée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Temps supplémentaire**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Heure début** | **Heure fin** | **Total** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Raison :

 **Reprise de temps**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Heure début** | **Heure fin** | **Total** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **Horaire de travail modifié**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Heure début** | **Heure repas** | **Heure fin** | **Total** |
|  |  | **Début** | **Fin** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Raison :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de la personne salariée Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du supérieur immédiat Date

Y:\Wpdoc\# Spécial\Formulaires\Modification Horaire\_Reprise de temps.doc