

Nom du Candidat(e)/
Candidate's Name _____

Entreprise/Company _____

Section/Branch: _____

N° de tél. au travail/Work telephone number _____

Semaine finissant le dimanche/Week ending Sunday _____

Day Jour	In Entrée	Out Sortie	Total Hours Total Heures	Subtract LUNCH Soustraire REPAS	Hours WORKED Heures RENDUES
Mon/Lun					
Tue/Mar					
Wed/Mer					
Thu/Jeu					
Fri/Ven					
Sat/Sam					
Sun/Dim					

Reg. Hours Overtime Tot. Hours
 + =

Overtime paid at time and a half with Supervisor's initials.

Heures supplémentaires
sont à temps et demi avec les initiales du Supervisor

Time worked approved for payment and invoicing. / Le client accepte la facturation et le paiement des heures de travail insquées.

Signature du client
/ Authorized client signature _____

Nom en lettres moulées de signature autorisée
/ Print authorized name _____

IMPORTANT

Have a supervisor sign form every Friday and send a copy by fax before Monday noon. / Veuillez faire signer ce formulaire par votre superviseur chaque vendredi et envoyer par télécopieur le lundi avant midi

Tel: (819)-776-0175 Fax: (819) 776-0631

e mail: aguenette@athenarh.com