

Entreprise cliente : _____	Téléphone : _____
Nom du Salarié intérimaire : _____	Téléphone : _____

**BORDEREAU D'HEURES SEMAINE DU ..... AU ..... SEMAINE N° / \_ / \_ /**

HEURES TRAVAILLEES (les minutes sont exprimées en centième d'heures) ou JOURS TRAVAILLES (uniquement pour les cadres forfait jours : 1 pour 1 jour travaillé)							
Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	TOTAL
TOTAL EN LETTRES :							

INTERIMAIRE	ENTREPRISE CLIENTE
Date :	Nom du signataire :
Signature :	Date :
	Signature :
	Et cachet de l'entreprise (obligatoire) :
Votre signature certifiée, conformément au contrat de mission, au contrat de mise à disposition ainsi qu'à nos conditions générales de prestation, l'exactitude du nombre d'heures et le fait que le travail a été exécuté de façon satisfaisante.	

DEMANDE D'ACOMPTE*
<input type="checkbox"/> sur la semaine considérée <input type="checkbox"/> sur plusieurs semaines (précisez les numéros de semaines) : _____
* Calcul de l'acompte : Heures ou jours travaillés X taux horaire ou journalier X 65%

Tableau des acomptes 2024 – Les demandes devront être reçues avant ces dates, 9h00 :

J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
16	13	12	16	14	11	16	13	10	15	12	10
23	20	19	23	21	18	23	20	17	22	19	17
30	27	26	29	28	25	30	27	24	29	26	23
											30

**A imprimer en 3 exemplaires**

**1<sup>er</sup> exemplaire :** à conserver par l'entreprise cliente.

**2<sup>ème</sup> exemplaire :** à retourner à chaque fin de semaine et chaque fin de mission :

Service Administratif et Financier de Robert Half International France SAS – 18 rue Pasquier – 75008 Paris

Tél : 01.40.98.19.99 – E-mail : servicepaie@roberthalf.net

**3<sup>ème</sup> exemplaire :** à conserver par le salarié intérimaire.