

FICHE DE PRESENCE MENSUELLE : FEVRIER 2019

Pour l'accueil de l'enfant :

Nom Prénom de l'Assistant Maternel :

Nom Prénom de l'Employeur :

	Mois de : Février 2019 du 1er au 28	HEURES							INDEMNITES (Ex: 1)				Paraphe de l'employeur		
		Prévues au planning d'accueil			Réellement effectuées				Absence	Ent.	Rep.	Gou.		Km.	
		Arrivée	Départ	TOTAL	Arrivée	Départ	TOTAL	Compl/Sup	AM/Enf.						
Semaine n°6	Ven. 1	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h				
	Sam. 2	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h				
	Total Semaine :			..... h	Total Semaine :			..... h .....	..... h .....	..... h				
	Semaine n°7	Lun. 4 h h h h h h h h h				
		Mar. 5 h h h h h h h h h				
		Mer. 6 h h h h h h h h h				
		Jeu. 7 h h h h h h h h h				
Ven. 8		..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h				
Sam. 9		..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h				
Total Semaine :			..... h	Total Semaine :			..... h .....	..... h .....	..... h					
Semaine n°8	Lun. 11	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h				
	Mar. 12	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h				
	Mer. 13	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h				
	Jeu. 14	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h				
	Ven. 15	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h				
	Sam. 16	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h				
	Total Semaine :			..... h	Total Semaine :			..... h .....	..... h .....	..... h				
Semaine n°5	Lun. 18	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h				
	Mar. 19	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h				
	Mer. 20	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h				
	Jeu. 21	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h				
	Sam. 23	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h .....	..... h				
Total Semaine :			..... h	Total Semaine :			..... h .....	..... h .....	..... h					
Total Mois :			..... h	Total Mois :			..... h .....	..... h .....	..... h					

Récapitulatif du mois :

Salaire de base mensuel brut :	€
Retenue sur salaire brut :	€
Heures complémentaires brut :	€
Heures supplémentaires brut :	€
Congés Payés brut :	€
Total de la rémunération brut :	€
Soit une rémunération net de (A) :	€

Indemnités :	
Entretiens :	€
Repas :	€
Gouter :	€
Kilométriques :	€
Divers :	€

Total des indemnités (B) :	€
TOTAL NET A PAYER (A+B) :	€

Notes :

Signature de l'employeur :

Signature du salarié :

Fiche proposer par votre syndicat CFTC Santé Sociaux, établie en application de l'article R.421-39 du décret n°2006-1153 du 14/09/2006 relatif à l'agrement des assistants maternels.

