

FICHE DE PRESENCE MENSUELLE : OCTOBRE 2020

Pour l'accueil de l'enfant :

Nom Prénom de l'Assistant Maternel :

Nom Prénom de l'Employeur :

	Mois de : Octobre 2020 du 1er au 31	HEURES								INDEMNITES (Ex: 1)				Paraphe de l'employeur
		Prévues au planning d'accueil			Réellement effectuées				Absence					
		Arrivée	Départ	TOTAL	Arrivée	Départ	TOTAL	Compl/Sup	AM/Enf.	Ent.	Rep.	Gou.	Km.	
Semaine n°40	Jeu. 1	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Ven. 2	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Sam. 3	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Total Semaine :		 h....	Total Semaine :		 h.... h.... h....				
Semaine n°41	Lun. 5	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Mar. 6	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Mer. 7	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Jeu. 8	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Ven. 9	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Sam. 10	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
Total Semaine :			.... h....	Total Semaine :			.... h....	.... h....	.... h....					
Semaine n°42	Lun. 12	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Mar. 13	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Mer. 14	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Jeu. 15	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Ven. 16	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Sam. 17	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
Total Semaine :			.... h....	Total Semaine :			.... h....	.... h....	.... h....					
Semaine n°43	Lun. 19	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Mar. 20	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Mer. 21	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Jeu. 22	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Ven. 23	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Sam. 24	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
Total Semaine :			.... h....	Total Semaine :			.... h....	.... h....	.... h....					
Semaine n°44	Lun. 26	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Mar. 27	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Mer. 28	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Jeu. 29	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Ven. 30	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....	.... h....					
	Sam. 31	.... 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'agrément des assistants maternels.

