**RELEVE MENSUEL D’INTERVENTION**

PRESTATAIRE DE SERVICE : **M. /Mme …………………………………..**

OBJET DE LA MISSION : ……………….……….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MOIS/ANNEE :  **06-2021** | **JOURS** | | | | | | | | **OBSERVATION** | |
| **SEMAINES** | **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** | **D** | **HS / Jours Fériés / Week-end / Astreinte** | |
| Du 01/06/2021 au 06/06/2021 |  |  |  |  |  | **-** | **-** | Date (JJ-MM) : Objet de l'intervention : De … à … (nbr d'heures). | |
| Du 07/06/2021 au 13/06/2021 |  |  |  |  |  | **-** | **-** | Date (JJ-MM) : Objet de l'intervention : De … à … (nbr d'heures). | |
|  | |
| Du 14/06/2021 au 20/06/2021 |  |  |  |  |  | **-** | **-** | Date (JJ-MM) : Objet de l'intervention : De … à … (nbr d'heures). | |
|  | |
| Du 21/06/2021 au 27/06/2021 |  |  |  |  |  | **-** | **-** | Date (JJ-MM) : Objet de l'intervention : De … à … (nbr d'heures). | |
|  | |
| Du 28/06/2021 au 30/06/2021 |  |  |  |  |  | **-** | **-** | Date (JJ-MM) : Objet de l'intervention : De … à … (nbr d'heures). | |

A = Absence Astreinte = semaine(s)

F = jour férié Total temps normal passé = Jours

Heures Sup = \*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Jours Férié*** | | ***Semaine*** | | ***Week-end*** | |
| **Jour** | **Nuit** | **Jour** | **Nuit** | **Jour** | **Nuit** |
|  |  |  |  |  |  |

**POUR SG ABS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature Responsable Hiérarchique prestataire** | **Signature Responsable de département** |
| **Nom : …..…..…..…..…..…..**  **Date : …. / …. / …..** | **Nom : …..…..…..…..…..…..**  **Date : …. / …. / …..** |
| |  |  | | --- | --- | | ***Ligne GPC*** |  | | |

**POUR LE PRESTATAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature du prestataire** | **Signature du cabinet du prestataire** |
| **Nom : …..…..…..…..…..…..**  **Date : …. / …. / …..** | **Nom : …..…..…..…..…..…..**  **Date : …. / …. / …..** |