

MOIS : \_\_\_\_\_

## FICHE RENSEIGNEMENTS POUR L'ETABLISSEMENT DES BULLETINS DE PAIE TRANSPORT

3 Jours Ouvrés avant remise des Bulletins à vos salariés



Nom Entreprise \_\_\_\_\_

>35h >39h >43h

NOMS DES SALARIES	Heures	Heures Supplémentaires				Nuit	Absences/Congés Payés			Indemnités			Prime *		ACOMPTE
	Contrat	HC	HE	25%	50%	Hres	DATE	NB HRES	MOTIF	Repas	Ccrôte	Gd Dépl	Montant	Intitulée	

CODE MOTIF ABSENCES					
MAL	MALADIE	CP	CONGES PAYES		
AT	ACCIDENT TRAVAIL	INJ	INJUSTIFIEE		
MAT	MATERNITE	AUT	AUTORISEE		
PAT	PATERNITE	EVE	EVENEMENTS FAMILIAUX		

**Observations Diverses :**

\* Merci de préciser votre montant en BRUT ou en NET

**DATE ET SIGNATURE**

MOIS : \_\_\_\_\_