

Entreprise utilisatrice : .....

Imputation / chantier : ..... Semaine n° : .....

Semaine du ..... au .....

Nom de l'intérimaire : .....

Nom du responsable : .....

Fin de mission : Oui  Non

Si oui, motif de l'arrêt : .....

Si non, prolongation jusqu'au : .....

Cachet de l'entreprise et signature du responsable :

Votre satisfaction vis-à-vis de la mission :  
(à remplir par le responsable)

| 35 ou 39h           | Heures Jour | Heures Nuit | Heures Jour Férié | Paniers | Imputation |
|---------------------|-------------|-------------|-------------------|---------|------------|
| Lundi               |             |             |                   |         |            |
| Mardi               |             |             |                   |         |            |
| Mercredi            |             |             |                   |         |            |
| Jeudi               |             |             |                   |         |            |
| Vendredi            |             |             |                   |         |            |
| Samedi              |             |             |                   |         |            |
| Dimanche            |             |             |                   |         |            |
| TOTAL HEURES/PANIER |             |             |                   |         |            |

Total heures en toutes lettres : .....

**TRÈS SATISFAIT**

**SATISFAIT**

**ASSEZ SATISFAIT**

**INSATISFAIT**

**Agence Saint-Pierre :**  
**Agence Sainte-Clotilde :**  
**Agence du Port :**

12, rue de la Cayenne  
17E, route de la Rivière des Pluies  
85, rue Jules Verne ZI n°2

Tél : 0262 33 48 33  
Tél : 0262 94 70 94  
Tél : 0262 260 800

Fax : 0262 33 48 34  
Fax : 0262 94 70 99  
Fax : 0262 43 16 84