

ETAT DE PRESENCE DU MOIS DE _____

Collectivité :

Nom et Prénom de l'agent affecté :

Date	Horaires matin		Horaires après-midi		Nbre d'heures	Observations (congés, abs heures compl ou supp)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
Nombre total d'heures						

Signature de l'agent :

Signature et cachet de l'autorité territoriale:

(OBLIGATOIRE)