

MOIS : _____

FICHE RENSEIGNEMENTS POUR L'ETABLISSEMENT DES BULLETINS DE PAIE HCR

3 Jours Ouvrés avant remise des Bulletins à vos salariés



Nom Entreprise _____

>35h >39h >43h

NOMS DES SALARIES	Heures	Heures Supplémentaires				Absences/Congés Payés			Avantages nature Repas			Prime *		ACOMPTE
	Contrat	HC	10%	20%	50%	DATE	NB HRES	MOTIF	DU	PRIS	NON PRIS	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