

## RAPPORT D ACTIVITE DU MOIS DE MARS 2026

Nom de l'entreprise

Nom et prénom du salarié

		NOMBRE D'HEURES DE TRAVAIL Hors Récupération des heures d'intempéries	DONT HEURES DE TRAITEMENTS UTILISANT DES PRODUITS PHYTOSANITAIRES	DONT HEURES ET COEFF PLUS IMPORTANT - DONT HRES TRAVAIL DE NUIT**	NOMBRE D'HEURES D'ABSENCE	MOTIF DE L'ABSENCE (CODE)	RECUPERATION DES HEURES INTEMPERIES Les heures inscrites ici ne doivent pas être mentionnées dans la colonne "nbre d'hres de travail"
Dimanche	1						
Lundi	2						
Mardi	3						
Mercredi	4						
Jeudi	5						
Vendredi	6						
Samedi	7						
Dimanche	8						
Lundi	9						
Mardi	10						
Mercredi	11						
Jeudi	12						
Vendredi	13						
Samedi	14						
Dimanche	15						
Lundi	16						
Mardi	17						
Mercredi	18						
Jeudi	19						
Vendredi	20						
Samedi	21						
Dimanche	22						
Lundi	23						
Mardi	24						
Mercredi	25						
Jeudi	26						
Vendredi	27						
Samedi	28						
Dimanche	29						
Lundi	30						
Mardi	31						

**\*\* INDIQUER LA QUALIFICATION OU LE COEFFICIENT SUPERIEUR à côté du nombre d'heures./Travail de nuit compris entre 21 heures et 7 heures du matin**

**Cotisation à la Mutuelle pour les contrats à durée déterminée**  
si votre salarié est présent depuis plus de 3 mois sur votre entreprise,  
il y a affiliation automatique à la mutuelle

En cas dispense, il faut envoyer une demande à votre mutuelle d'entreprise et nous la communiquer. A défaut la mutuelle sera appliquée

☐ Affiliation à la mutuelle      ☐ Dispense de mutuelle

## OBSERVATIONS DIVERSES

départ du salarié, motif de départ à préciser, chang de coef ...

**Versement santé : le salarié bénéficie t-il du chèque santé ?**

<b>oui</b>	<b>non</b>

ACOMPTE :

DATE DE VERSEMENT DE L'ACOMPTE :

MODE DE PAIEMENT DU SALAIRE POUR LE MOIS : ☐ Virement bancaire ☐ Chèque ☐ Espèces

Fait le        /        /

Signature de l'employeur

Signature du salarié

Fait en deux emplaques, dont un remis au salarié