

HORAIRE COLLECTIF DE TRAVAIL



OBLIGATOIRE SI APPLICABLE

RPC-SUP-002

ÉTABLISSEMENT / LIEU DE TRAVAIL

DATE D'EFFET

SIGNATURE EMPLOYEUR

Jour	Début	Fin	Coupure / pause	Reprise	Fin	Repos
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Samedi						
Dimanche						