|  |
| --- |
| **Heures de travail – programme de financement additionnel** |
|  |
| **Nom de l’éducatrice ou de l’éducateur :** Cliquez ou tapez ici pour entrer du texte. |
| **Nom de la ou du membre du personnel additionnel :** Cliquez ou tapez ici pour entrer du texte. |
| **Mois :** Cliquez ou tapez ici pour entrer du texte. |
|  |
| **Date** | **Heure de début** | **Heure de fin** | **Signature de l’éducatrice ou de l’éducateur** | **Signature de la ou du membre du personnel additionnel** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |