

ETAT-CIVIL / ADRESSE			
NOM		PRENOM	
SERVICE		GRADE	INTERNE

ADRESSE (résidence familiale/ résidence administrative)	RUE		
	VILLE - CODE POSTAL		

SEMESTRE	2 NOVEMBRE 2024 AU 01 MAI 2025
-----------------	---------------------------------------

DATES	NOV	DATES	DEC	DATES	JANV	DATES	FEV	DATES	MARS	DATES	AVRIL	DATES	MAI
V 1		D 1		M 1		S 1		S 1		M 1		L 1	
S 2		L 2		J 2		D 2		D 2		M 2			
D 3		M 3		V 3		L 3		L 3		J 3			
L 4		M 4		S 4		M 4		M 4		V 4			
M 5		J 5		D 5		M 5		M 5		S 5			
M 6		V 6		L 6		J 6		J 6		D 6			
J 7		S 7		M 7		V 7		V 7		L 7			
V 8		D 8		M 8		S 8		S 8		M 8			
S 9		L 9		J 9		D 9		D 9		M 9			
D 10		M 10		V 10		L 10		L 10		J 10			
L 11		M 11		S 11		M 11		M 11		V 11			
M 12		J 12		D 12		M 12		M 12		S 12			
M 13		V 13		L 13		J 13		J 13		D 13			
J 14		S 14		M 14		V 14		V 14		L 14			
V 15		D 15		M 15		S 15		S 15		M 15			
S 16		L 16		J 16		D 16		D 16		M 16			
D 17		M 17		V 17		L 17		L 17		J 17			
L 18		M 18		S 18		M 18		M 18		V 18			
M 19		J 19		D 19		M 19		M 19		S 19			
M 20		V 20		L 20		J 20		J 20		D 20			
J 21		S 21		M 21		V 21		V 21		L 21			
V 22		D 22		M 22		S 22		S 22		M 22			
S 23		L 23		J 23		D 23		D 23		M 23			
D 24		M 24		V 24		L 24		L 24		J 24			
L 25		M 25		S 25		M 25		M 25		V 25			
M 26		J 26		D 26		M 26		M 26		S 26			
M 27		V 27		L 27		J 27		J 27		D 27			
J 28		S 28		M 28		V 28		V 28		L 28			
V 29		D 29		M 29				S 29		M 29			
S 30		L 30		J 30				D 30		M 30			
		M 31		V 31				L 31					
TOTAL													

NOMBRE A/R		TARIF	13	MONTANT TOTAL	
-------------------	--	--------------	-----------	----------------------	--

Je, soussigné, auteur du présent, en certifie l'exactitude à tous égards et demande le règlement à mon profit de la somme de

Saumur, le

SIGNATURE DE L'INTERNE

<p>Le Directeur des Ressources Humaines Et des Affaires Médicales,</p> <p>Laurent RENAUT</p>
--