

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>
--