

NOM : .....

PRENOM : .....

ANNEXE 2

Adresse personnelle :

N'INDIQUEZ QUE LES JOURS POUR LESQUELS VOUS INTERVENEZ DANS PLUSIEURS ETABLISSEMENTS.

FICHE MENSUELLE D'UN AESH EN SERVICE PARTAGE : MOIS DE .....

ECOLE OU COLLEGE 1				ECOLE OU COLLEGE 2			ECOLE OU COLLEGE 3				
DATES	HEURE DE PRISE DE FONCTION	HEURE DE FIN DE FONCTION	COMMUNE	HEURE DE PRISE DE FONCTION	HEURE DE FIN DE FONCTION	COMMUNE	HEURE DE PRISE DE FONCTION	HEURE DE FIN DE FONCTION	COMMUNE		
Certifié exact le :			Signature du Chef d'établissement ou du Directeur	Certifié exact le :			Signature du Chef d'établissement ou du Directeur	Certifié exact le :			Signature du Chef d'établissement ou du Directeur
CACHET				CACHET				CACHET			