

N ° DOSSIER :

.....

ATTESTATION DE REMPLACEMENTS PONCTUELS *

NOM : PRÉNOM :

PROFESSION :

ADRESSE PERSONNELLE :

Certifie avoir effectué depuis mon inscription sur la liste départementale les remplacements suivants :

DATES DE DÉBUT ET FIN DE CHAQUE REMPLACEMENT	NOMBRE DE JOURS	PROFESSIONNEL REMPLACÉ	DÉPARTEMENT
		NOM PRÉNOM	

TOTAL DES JOURS	
------------------------	--

MONTANT TOTAL DES HONORAIRES PERÇUS	
--	--

Fait à..... Le Signature

* Un remplacement de quelques jours par mois est considéré comme un remplacement régulier. Il n'y a donc pas lieu dans ce cas de nous retourner cette attestation.