**Nom et adresse de l’entreprise (tampon) Personne de contact dans l’entreprise :**

 Mme / M :

 Téléphone :

Période de contrôle :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom** | **Prénom** | **entrée-------et--------sortie de l’entreprise** | **N° AVS (13)-----------et-----------Date de naissance** | **Qualification *\****(Cocher ce qui convient) | **Jours de vacances par année civile** | **Salaire de base (mensuel ou horaire)** | **Salaire AVS brut total pour la période contrôlée** |
| Qualifié | Aide | Réassujetti | Apprenti |
| **1** |  |  | ------------------ | -------------------------- |  |  |  |  |  |  |  |
| Date CFC |
|  |
| **2** |  |  | ------------------ | -------------------------- |  |  |  |  |  |  |  |
| Date CFC |
|  |
| **3** |  |  | ------------------ | -------------------------- |  |  |  |  |  |  |  |
| Date CFC |
|  |
| **4** |  |  | ------------------ | -------------------------- |  |  |  |  |  |  |  |
| Date CFC |
|  |
| **5** |  |  | ------------------ | -------------------------- |  |  |  |  |  |  |  |
| Date CFC |
|  |
| **6** |  |  | ------------------ | -------------------------- |  |  |  |  |  |  |  |
| Date CFC |
|  |
| **7** |  |  | ------------------ | -------------------------- |  |  |  |  |  |  |  |
| Date CFC |
|  |
| **8** |  |  | ------------------ | -------------------------- |  |  |  |  |  |  |  |
| Date CFC |
|  |

***\**** Qualifié : Monteur avec CFC, CAP ou titre jugé équivalent

 Réassujetti : Monteur avec CFC, pendant les deux premières années qui suivent l’apprentissage ***Voir au verso pour photos***

Aide : Travailleur sans CFC **f**

*CPMBG / 2016nnn*

Prière de coller les photos en fonction du numéro de ligne au recto.

Par sécurité, veuillez inscrire au verso des photos le nom de l’ouvrier concerné.

1. 2. 3. 4.

Nom : Nom : Nom : Nom :

5. 6. 7. 8.

Nom : Nom : Nom : Nom :