

|  |
| --- |
| **Synthèse mensuelle de l’activité de conseiller du salarié** |

Année :

MOIS :

NOM / PRENOM :

NOMBRE TOTAL D’INTERVENTION :

**> Détail des interventions**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM DE LA PERSONNE ASSISTE** | **DATE DE L’ENTRETIEN** | **ACTIVITE DE L’ENTREPRISE DU SALARIE ASSISTE** | **EFFECTIF DE L’ENTREPRISE** |
|  |  | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
|  |  | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
|  |  | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
|  |  | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
|  |  | Choisissez un élément.  | Choisissez un élément. |
|  |  | Choisissez un élément.  | Choisissez un élément. |
|  |  | Choisissez un élément.  | Choisissez un élément. |
|  |  | Choisissez un élément.  | Choisissez un élément. |

FAIT A

Signature du conseiller du salarié

LE

Ce formulaire est à retourner à la DEETS de Mayotte