|  |  |
| --- | --- |
|  LOGO Etablissement  | **Nom établissement :** **Commune :** **RNE :**  |

**ECOLE OUVERTE**

**ETAT DES VACATIONS A PAYER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom - Prénom** | **Grade ou qualité** | **Dates (à détailler par journée)** | **Nombre de vacations à verser** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Le : ………………………………………………

Nom, prénom, signature et cachet du chef d’établissement

***Document à retourner complété et signé au service mutualisateur de paie – LP JEAN-MARIE Michotte , Bd de la république , Cayenne 97300 :*** ***etablissement.mutualisateur@ac-guyane.fr***