

## Heure(s) de remplacement S.S.S.M.

Infirmier(ère)    Pharmacien(ne)    Logisticien(ne)

Centre : .....

Grade, NOM, Prénom : .....

### MOTIF(S) ET HORAIRES

Préciser le motif : .....	Date : ..... Durée : .....
------------------------------	-------------------------------

Préciser le motif : .....	Date : ..... Durée : .....
------------------------------	-------------------------------

Préciser le motif : .....	Date : ..... Durée : .....
------------------------------	-------------------------------

Préciser le motif : .....	Date : ..... Durée : .....
------------------------------	-------------------------------

Préciser le motif : .....	Date : ..... Durée : .....
------------------------------	-------------------------------

Préciser le motif : .....	Date : ..... Durée : .....
------------------------------	-------------------------------

**Total heure(s) de remplacement :** .....h.....

*Signature du Médecin-chef*

*Signature du Directeur Départemental des  
Services d'Incendie et de Secours de la  
Haute-Loire*

MEDECIN-CDT HELENE JURY

COL FREDERIC ROBERT

**Fiche individuelle à signer et à transmettre à :  
Service des Ressources Humaines SPV - cellule indemnités SPV**