

**Accord-cadre sur l'aménagement et la réduction  
du temps de travail des personnels des entreprises  
de transport sanitaire du 4 mai 2000**

**MODÈLE DE FEUILLE DE ROUTE**

*(Défini par l'avenant n° 2 du 19-12-2000, arrêté d'extension du 17-10-2001 – JO du 3-11-2001)*

**FEUILLE DE ROUTE HEBDOMADAIRE**

– Entreprise :

– Nom du salarié :

Emploi occupé :

– Semaine n°        du ..... au ..... mois/année

Jour Férié	AMPLITUDE				Permanence	Tâches complémentaires ou activités annexes	Signatures			
	Heure de prise du service déterminée par l'employeur, <i>sauf impossibilité de fait</i>	Repas					Heure de fin du service	Amplitude journalière (en heures)	Type 1/2/3	Employeur(*)   Salarié
		Début	Fin	Lieu						
Lundi										
Mardi										
Mercredi										
Judi										
Vendredi										
Samedi										
Dimanche										
CUMUL HEBDOMADAIRE										

(\*) ou son représentant.

Observations éventuelles	Signature
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Employeur (*)</li> <li>• Salarié</li> </ul>

(\*) ou son représentant.

*La feuille de route, à remplir par le salarié, et établie par procédé autocopiant, constitue pour les personnels ambulanciers roulants des entreprises de transport sanitaire un document obligatoire.*

*Cette feuille de route, complétée, le cas échéant, par tout autre moyen de contrôle, permet, au sens du décret 83/40 du 26 janvier 1983 modifié, d'enregistrer, d'attester et de contrôler la durée du temps passé au service de l'employeur.*