# Etat mensuel des heures supplémentaires effectives (HSE)

**ACTION** : ……

NOM …….....  Prénom…….

GRADE ……

DISCIPLINE ……

MOIS de …….. ANNEE ……

| Date | Action | Nombre d'heures |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| **Total du nombre d'heures** | | |

Date et signature
du Chef d'Etablissement