



**CENTRE HOSPITALIER V. JOUSSELIN**  
**DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES**

**LISTE DES AGENTS GRÉVISTES**

**À IMPRIMER, À COMPLÉTER PUIS À REMETTRE**  
**Au secrétariat des ressources humaines,**

**Votre Service :** .....

**Date de la grève :** ..... / ..... / 20.....

NOM	Prénom	Grade	Signature	Nombre d'heures de grève	Assigné(e) ?
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Nom et signature du Responsable du Service :

Signature du DRH :