

# FORMULAIRE D'ALIMENTATION DU COMPTE EPARGNE TEMPS

## EPARGNE DE JOURS (SECTION A)

	Nombre maximum de jours épargnables	Nombre de jours épargnés	Mois d'épargne demandé
<b>Section A</b> (jours ouvrés) Congés d'Ancienneté Bouygues ( <b>CAB</b> )	3	.....	04/2025

① Ce formulaire de demande d'épargne CAB est destiné aux collaborateurs n'ayant pas d'accès à HR4YOU (compagnons).  
Il doit être transmis au service paie **avant le 04/04/2025.**

N° matricule :     |\_| : |\_| : |\_| : |\_| : |\_| : |\_|

NOM :     .....

PRENOM :     .....

N° Sécurité Sociale : |\_|\_| : |\_|\_| : |\_|\_| : |\_|\_| : |\_|\_| : |\_|\_| : |\_|\_|

Date :     |\_| : |\_| : |\_| : |\_|

Signature :