

ATTESTATION DE TRAVAIL

(Formulaire à remplir par l'employeur)

Nom/Prénom de l'employé/e : _____

Adresse complète de l'employé/e : _____

Type de contrat de travail : CDI CDD en qualité de : _____

Au sein de la société : _____
(nom figurant au registre du commerce)

Date d'engagement : _____ (JJ/MM/AAAA)

Date de fin de contrat : _____ (JJ/MM/AAAA)

Taux d'activité : _____ % répartis selon les jours suivants :

Option A : les jours de travail sont fixes :

Option B : les jours de travail sont irréguliers :

Lundi Matin et/ou Après-midi

1 jour / semaine

Mardi Matin et/ou Après-midi

2 jour / semaine

Mercredi Matin et/ou Après-midi

3 jour / semaine

Jeudi Matin et/ou Après-midi

4 jour / semaine

Vendredi Matin et/ou Après-midi

Par notre signature, nous certifions que les renseignements fournis sont conformes à la réalité.

Signature et Timbre officiel de l'employeur

Nom/Prénom de la personne de contact

Date : _____