

ATTESTATION A FAIRE COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e) (*nom et prénom*).....  
représentant(e) de (*dénomination de l'employeur*)

.....  
situé(e) à (*adresse complète de l'employeur*) :  
.....  
.....

en qualité de (*fonction du signataire de la présente*) .....  
téléphone (*du signataire*) : ...../.....

atteste que M./Mme/Melle (*biffez les mentions inutiles*) (nom et prénom de la personne concernée)  
.....  
né(e) le ..... à .....

est / a été employé(e) dans mon établissement en qualité de (*préciser le statut*) ..... à  
temps plein/partiel, à raison de .....h/semaine, de manière ininterrompue depuis le .../.../..... jusqu'au  
.../.../.....

Fait à ....., le .....

Signature du représentant de l'employeur,

Cachet ou Sceau