

ATTESTATION DE TRAVAIL (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 et horaires suivants :

Si les jours de travail sont fixes :

LUNDI : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

MARDI : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

MERCREDI : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

JEUDI : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

VENDREDI : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

SAMEDI : 1x/mois 2x/mois 3x/mois tous

DIMANCHE : 1x/mois 2x/mois 3x/mois tous

Si les jours de travail sont non-fixes :

1 jour/semaine : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

2 jours/semaine : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

3 jours/semaine : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

4 jours/semaine : de ____ h ____ (au plus tôt) à ____ h ____ (au plus tard)

SAMEDI : 1x/mois 2x/mois 3x/mois tous

DIMANCHE : 1x/mois 2x/mois 3x/mois tous

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

Date : _____

Signature et Timbre officiel de la Société
Nom/Prénom de la personne de contact
