

ATTESTATION DE TRAVAIL 2024/2025 (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 :

OPTION A : 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)

OPTION B : les jours de travail sont irréguliers :

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)

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 : _____