

**Attestation de travail
EMPLOYEUR**

Nom et adresse de l'entreprise

NOM et Prénom de l'employé-e

Type de contrat CDI CDD Dès le _____ et jusqu'au _____

Taux d'activité _____% répartis selon le planning suivant :

Jours de travail FIXES

Jours de travail irréguliers

LUNDI

Nombre de jours estimé par semaine :

MARDI

1 2 3 4 5

MERCREDI

Nombre de jours estimé par mois : ____

JEUDI

VENDREDI

Remarque : _____

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

Date _____

Timbre officiel de l'entreprise :

NOM et Prénom de la personne de contact
