



Commune d'Ardon

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur :

Atteste que

Monsieur Madame

Nom :

Prénom :

Parent de :

Domicilié(e) à :

Travaille au sein de notre entreprise à %

En qualité de

Depuis le

pour une durée :

indéterminée

déterminée

début au:

fin au :

Les jours suivants :

En jours fixes

Lundi matin Mardi matin Mercredi matin Jeudi matin Vendredi matin
Lundi apm Mardi apm Mercredi apm Jeudi apm Vendredi apm

En jours variables

Lundi matin Mardi matin Mercredi matin Jeudi matin Vendredi matin
Lundi apm Mardi apm Mercredi apm Jeudi apm Vendredi apm

Lieu et date :

Sceau et signature de l'employeur :