



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 :