



ATTESTATION DE TRAVAIL

Je soussigné (Nom du responsable)

Atteste que Mr, Mme (Nom prénom)

Domicilié à (adresse)

Est employé au sein de l'entreprise :

Sur un poste de :

Adresse du lieu de travail :

En CDI

En CDD du/...../..... au/...../.....

En Intérim

Horaires de travail :

.....

Jours de travail : lundi mardi mercredi jeudi vendredi

Planning à la semaine

Planning au mois

Travailleur indépendant } N° de Siret :

Profession libérale }

Congé parental du au

Fait à Le

Signature et cachet de l'entreprise :

Syndicat Intercommunal des Ecoles du Gelon Coisin (SIEGC)

26 Impasse du grand champ - 73 390 CHAMOIX / GELON

Tél. : 04.79.44.24.13

Email : periscolaire@siegc.fr Site Internet : www.siegc.fr