

# COMMUNE DE BONNE



## ATTESTATION D'EMPLOYEUR

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR ET A RENDRE EN ORIGINAL.  
AUCUN AUTRE DOCUMENT NE SERA ACCEPTE EN SUBSTITUTION.

JE SOUSSIGNE (E) : .....

EN QUALITE DE : .....

ADRESSE DU SIEGE SOCIAL : .....

VILLE : ..... CODE POSTAL : .....

CERTIFIE EMPLOYER  MADAME  MONSIEUR

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

SOUS CONTRAT A DUREE DETERMINEE

DU ..... AU .....

TEMPS DE TRAVAIL :  COMPLET  PARTIEL  
Jours travaillés :  lundi  mardi  mercredi  jeudi  vendredi

SOUS CONTRAT A DUREE INDETERMINEE

DEPUIS .....

TEMPS DE TRAVAIL :  COMPLET  PARTIEL  
Jours travaillés :  lundi  mardi  mercredi  jeudi  vendredi

JE CERTIFIE QUE LE SALARIE CI-NOMME N'EST NI EN PERIODE DE PREAVIS, DE LICENCIEMENT OU DE DEMISSION.

FAIT A .....LE..... SIGNATURE ET CACHET DE L'ENTREPRISE

*Toute fausse déclaration peut entraîner la responsabilité de l'employeur ainsi que l'annulation de(s) enfant(s) concerné(s). Document confidentiel utilisé exclusivement par la Mairie de Bonne.*