|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Structure d’accueil****« La Chocolatine »****Rte de Proz 6****1873 VAL-D’ILLIEZ****024 476 87 66****chocolatine@illiez.ch** | Val-d'Illiez C |

**ATTESTATION DE L’EMPLOYEUR**

Profession :

Taux d’activité (en %) :

|  |
| --- |
| **EMPLOYE/E** |
|  Nom |       |
|  Prénom |       |
| Adresse |       |
| Localité  |       |
| Tél.  |       |

|  |
| --- |
| **EMPLOYEUR** |
| Nom |       |
| Adresse |       |
| Localité  |       |
| Tél.  |       |

**Merci de remplir le tableau ci-dessous, en fonction des différentes options proposées :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Option 1** | **Option 2** | **Option 3** |
| Jours de travail et horaires fixes | Jours de travail fixes mais horaires irréguliers | Jours de travail et horaires variables |
| Mettez un **F** (fixe) dans les cases correspondant au jours/périodes où vous travaillez | Mettez un **HV** (horaire variable) dans les cases correspondant au jours/périodes où vous travaillez | Mettez un **SH** (selon horaire) dans les cases correspondant au jours/périodes où vous pourriez travailler |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** |
| **Jour entier** |       |       |       |       |       |
| **2/3 journée** |       |       |       |       |       |
| **Matin** |       |       |       |       |       |
| **Apm** |       |       |       |       |       |

Remarques :

Comme le stipule notre règlement, la priorité sera accordée aux familles **dont les deux parents travaillent**. Par votre signature, vous vous engagez à communiquer à La Chocolatine tout changement professionnel futur pouvant influencer la prise en charge de votre enfant (baisse du taux d’activité, modification d’horaire/jour de travail, congé maternité, chômage, etc.).

**! Si l’attestation n’est pas recevable, l’inscription est suspendue !**

 **EMPLOYE/E** **EMPLOYEUR**

Date : Date :

Signature (manuscrite) : Sceau&signature (manuscrite) :