

## Certificat de travail

(à remplir par l'employeur)

**Spillkëscht Mutfert**  
1B, rue de Medingen  
L-5335 Moutfort

Formulaire SEA-03

+ 352 35 84 02 - 400  
direction.cmou@elisabeth.lu  
**cmou.elisabeth.lu**

**Le présent certificat est destiné à évaluer le(s) besoin(s) de garde de l' /des enfant(s) de votre salarié(e).**

### Personne concernée (salarié/e)

\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Nom

### Taux d'occupation

Le/la salarié(e) est engagé(e) à raison de \_\_\_\_\_ hres / sem sous contrat :  **CDI**  **CDD** ( du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_).

### Interruption de travail (si applicable)

Le/la salarié(e) bénéficie actuellement pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ :

d'un congé sans solde       d'un congé de maternité       d'un congé parental

d'une dispense de travail       (autre, à spécifier) : \_\_\_\_\_.

### Horaire de travail

<u>Lundi</u>	<u>Mardi</u>	<u>Mercredi</u>	<u>Judi</u>	<u>Vendredi</u>	<u>Samedi</u>	<u>Dimanche</u>
de à hrs	de à hrs	de à hrs	de à hrs	de à hrs	de à hrs	de à hrs
à	à	à	à	à	à	à
à	à	à	à	à	à	à

Commentaire : \_\_\_\_\_

### Nom et fonction du signataire

\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ fonction

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ cachet de l'entreprise

**Réservé à l'administration**

<i>Fiche remise</i>	le ____/____/____ à _____ heures
<i>Mode de remise</i>	<input type="checkbox"/> courriel <input type="checkbox"/> envoi postal <input type="checkbox"/> en main propre _____