**Attestation employeur**

Je soussigné(e)...........................................................................................................................................

Représentant la structure.........................................................................................................................

Certifie que M. ou Mme............................................................................................................................

❑ Est salarié(e) dans la structure en contrat à durée indéterminée depuis

le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

❑ Est salarié(e) dans l’entreprise en contrat à durée déterminée   
 du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ au \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

❑ Est salarié(e) dans l’entreprise en contrat aidé   
 du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ au \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

Précisez quel type de contrat :

|  |  |
| --- | --- |
| **Capacités ou compétences repérées :** | **Commentaires et avis du responsable de l’établissement :** |
| ❑ Capacité à entrer en relation avec les autres (professionnels et travailleurs) |  |
| ❑ Capacité à repérer les spécificités d’un établissement de travail protégé |  |
| ❑ Capacité à travailler avec un public en situation de handicap / Capacités d’adaptation |  |
| ❑ Curiosité / envie de découvrir |  |
| ❑ Capacité à travailler en équipe |  |
| ❑ Compétences techniques |  |
| ❑ Dynamisme/ Implication |  |
| **Commentaire général du responsable de l’établissement :** | |
| Date :  Signature :  Cachet de l’établissement : | |