

Nom du salarié de votre organisme :

Date de l'absence pour enfant malade :

## **ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR**

(à remplir par l'employeur du second parent)

Je soussigné(e), (nom et qualité du responsable)

agissant pour le compte de (nom et adresse de l'organisme)

atteste que (nom, prénom et adresse complète du salarié) :

est salarié(e) de mon organisme, et

bénéficie d'une absence pour la période visée ci-dessus

ne bénéficie pas d'une absence pour la période visée ci-dessus

Fait à

Le

Signature et cachet de l'organisme