Coordonnées employeur

**COVID – 19**

**ATTESTATION DE TRAVAIL**

Je soussigné(e), …………………………………………………………………………..

Agissant en qualité de (fonction + nom du service) …………………………………………………………………………..

Situé à …………………………………………………………………………..

Atteste et certifie par la présente que

Madame /Monsieur …………………………………………………………………………..

Domicilié(e) …………………………………………………………………………..

Travaille dans l’institution susmentionnée, laquelle assure l’accueil/l’hébergement/l’accompagnement de personnes/familles en difficultés sociales.

Sur injonction ministérielle, la maison d’accueil hébergeant des personnes sans domicile/le centre d’accueil de jour/le service de guidance à domicile/le service de travail de rue doit continuer à fonctionner et nécessite la présence du personnel en continu.

ou

La présence des membres de notre personnel est indispensable afin d’assurer la continuité de notre aide à nos bénéficiaires de la manière la plus optimale possible.

Cette attestation est délivrée au titre de justification dans le chef de notre collaboratrice/collaborateur susmentionné de circuler sur la voie publique pour pouvoir accéder à son lieu de travail ou accompagner nos bénéficiaires.

Fait à ……………………………………, le ……………………….. 2020

 Signature