STM
SERVICE DE SANTÉ
AU TRAVAIL MULTISECTORIEL

# Attestation pour un emploi d'étudiant

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE *(à compléter par l'employeur)*

Dénomination

Matricule → *uniquement pour les ménages privés*

Adresse

Code postal | Ville

Téléphone | Fax | Email

Ce numéro sera utilisé par le STM pour les demandes de renseignements complémentaires

**Responsable pour la demande**

Nom | Prénom

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTUDIANT *(à compléter par l'employeur)*

Nom de naissance

Prénom

Matricule
*ou date de naissance* *année* *mois* *jour*

Adresse

Code postal | Ville

**Description des tâches à réaliser pour le poste occupé par l'étudiant**

**Date :**

**Signature de l'employeur :**
*Obligatoire*

## CERTIFICAT MÉDICAL *(à compléter par le médecin traitant)*

Je soussigné, Dr

certifie :

☐ qu'il n'y a pas de contre-indication médicale à effectuer les tâches suscitées

☐ qu'un avis du médecin du travail est nécessaire

**Date :**

**Signature du médecin :**

Tous les champs sont obligatoires.