



## Attestation de chômage

Le représentant soussigné (nom + prénom) \_\_\_\_\_  
de l'organisme de paiement \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Numéro \_\_\_\_\_ Boîte \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

certifie par la présente que

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Numéro \_\_\_\_\_ Boîte \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

- est/a été chômeur complet indemnisé pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
- ne bénéficie pas/n'a pas bénéficié d'allocations de chômage pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
- Au motif suivant:
- activité(s) salariée(s)
  - règles de cumul
  - sanction(s) administrative(s)
  - activité(s) occasionnelle(s)
  - bénéficie d'indemnités de maladie pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
dans le régime \_\_\_\_\_ (salarié, indépendant, mixte)
  - autres \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Cachet de l'organisme de paiement

Signature du représentant