ATTESTATION

Le Directeur de l'établissement de santé ……., atteste que :

Mme. M.

A intégré cette administration le XX/XX/XXXX, en qualité XXXXXXX.

L'intéressé(e) a effectué, **en qualité d'aide-soignant**, un cumul d'heures travaillées, de XXXXh00 selon la répartition suivante :

	Temps de travail	Nombre d'heures réalisées
2021	XX %	XXXXh00
2022	XX %	XXXXh00
2023	XX %	XXXXh00
2024	XX %	XXXXh00
2025	XX %	XXXXh00
	Total heures réalisées *	XXXXh00

** au moins 4821h en qualité d'aide-soignant sur les 5 dernières années pour intégrer le parcours spécifique*

Fait à Marseille, le XX/XX/2026
Pour le Directeur général,
Par délégation
Le Directeur

Tampon + signature