



**Mesures de marché du travail LACI**

**Attestation MMT**

**Date d'entrée**  
(remplie par la caisse de chômage 25000)

L'organisateur atteste pour la personne assurée auprès de la caisse de chômage (pour les coordonnées, se référer au courrier de confirmation de participation) jusqu'au troisième jour ouvrable du mois suivant, le nombre de jours de travail effectifs et mentionne les éventuelles absences (art. 87 OACI). Pour que la caisse puisse verser les prestations dans les délais, l'organisateur peut remplir ce formulaire au maximum 5 jours ouvrables avant la fin du mois et le remettre directement à la personne assurée. En cas de modification de la présence durant les jours attestés par avance, cette modification doit être notifiée sur l'attestation MMT du mois suivant.

**COURS**

**Nom du cours**

**Assurée**

No personnel		No AS	
Nom		Date de naissance	
Prénom		Téléphone	
Rue/No		Tél. mobile	
NPA/Lieu		Adresse e-mail	

**Organisateur**

Entreprise		Interlocuteur	
		Téléphone	
		Tél. mobile	
Rue/No		Fax	
NPA/Lieu		Adresse e-mail	

**Présence**

Mois		Année	
------	--	-------	--

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Matin																															
Après-midi																															

Dans les champs des jours correspondants du calendrier, les demi-journées de participation de la personne assurée aux mesures sont désignées par une **X**. Pour les absences, les codes ci-dessous doivent être utilisés :

A = Congés      D = Maternité      G = Autres absences justifiées : .....

B = Maladie      E = Service militaire, service civil ou de protection civile      H = Absences non justifiées

C = Accident      F = Gain intermédiaire

Nourriture  
Cantine     Oui -  Non



Modifications pour les jours du mois précédent renseignés par avance ?  oui  non

Si oui, veuillez fournir des indications plus détaillées


Ne remplir qu'en cas d'annulation de la mesure: A l'initiative de qui la mesure a-t-elle été annulée?

A l'initiative de l'organisateur  A l'initiative de la personne assurée  A la demande des deux

Indications complémentaires


La personne soussignée certifie avoir répondu intégralement à toutes les questions en toute loyauté et prend connaissance du fait que toute indication fausse ou incomplète peut donner lieu à des poursuites judiciaires.

--

Lieu et date

--

Signature de l'organisateur

**Prière d'indiquer les pièces annexées**

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	