

Organisme : .....

N° déclaration d'activité : .....

Intitulé de la formation : .....

Formateur : .....

Date : .....

Lieu / modalité : .....

| Nom et prénom du stagiaire | Matin     |          | Après-midi |          |
|----------------------------|-----------|----------|------------|----------|
|                            | Signature | Horaires | Signature  | Horaires |
|                            |           |          |            |          |
|                            |           |          |            |          |
|                            |           |          |            |          |
|                            |           |          |            |          |
|                            |           |          |            |          |
|                            |           |          |            |          |
|                            |           |          |            |          |
|                            |           |          |            |          |
|                            |           |          |            |          |
|                            |           |          |            |          |
|                            |           |          |            |          |
|                            |           |          |            |          |

Chaque stagiaire signe par demi-journée de présence effective. Les cases non utilisées sont à barrer.

Signature du formateur

Cachet de l'organisme de formation