

ATTESTATION DE PRÉSENCE AU STAGE

STAGIAIRE

Nom : _____

Prénom : _____

EMPLOYEUR

Raison sociale : _____

Adresse : _____

ORGANISME DE FORMATION :

Raison sociale : _____

STAGE à TEMPS : CONTINU PARTIEL

Intitulé : _____

Durée totale en heures :

Du _____ (limites extrêmes)

PÉRIODE DU _____ AU _____

A REMPLIR PAR L'ORGANISME DE FORMATION ET PAR L'EMPLOYEUR								OBSERVATIONS (indiquer interruptions pour vacances, maladie...)
JOUR	QUANTIÈME	TEMPS (en heures)		JOUR	QUANTIÈME	TEMPS (en heures)		
		DE PRÉSENCE AU STAGE	D'ABSENCE HORS DE L'ENTREPRISE*			DE PRÉSENCE AU STAGE	D'ABSENCE HORS DE L'ENTREPRISE*	
L				L				
M				M				
M				M				
J				J				
V				V				
S				S				
D				D				
L				L				
M				M				
M				M				
J				J				
V				V				
S				S				
D				D				
L				L				
M				M				
M				M				
J				J				
V				V				
S				S				
D				D				
		TOTAL DES HEURES						
		DE PRÉSENCE AU STAGE	D'ABSENCE HORS DE L'ENTREPRISE*					
		_____ h	_____ h					
				CERTIFIÉ EXACT LE SALARIÉ,				
				Date : _____				
				Signature : _____				
						CERTIFIÉ EXACT L'EMPLOYEUR,		
						Date : _____		
						Cachet + signature :		

* Pour les stages à temps partiel : temps de stage + temps de transport pris sur le temps de travail.