

LOGO Organisme de Formation
 + Logo du prestataire agréé si sous-traitance
 Nom de l'organisme de formation (**obligatoire**)

FEUILLE DE PRESENCE

Intitulé de formation : (**obligatoire**)

Lieu :

Type de formation : INTER ou INTRA

NOM et PRENOM (Obligatoire)	Entreprise (Obligatoire)	Date : (obligatoire)	
		Matin : Deh àh (obligatoire)	Après-midi : Deh àh (obligatoire)
		Emargement (Obligatoire)	Emargement (Obligatoire)

*Signature des stagiaires (**obligatoire**)*

NOM et PRENOM du formateur	Signature (Obligatoire)	Signature (Obligatoire)
----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Signature + Cachet de l'organisme de formation
 validant la véracité des informations ci-dessus
 (**Obligatoire**)

ou