

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