

Attestation de présence mensuelle

A nous retourner avant le 5 du mois suivant

Nom et prénom du stagiaire :

Intitulé du diplôme :

Période concernée :

Non et signature du responsable

Pédagogique du diplôme préparé :

Date	Nombre d'heures		Signature du stagiaire		Signature de l'enseignant		A cocher si période en stage	
	Matin	A-midi	Matin	A-midi	Matin	A-midi	M	AM
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								

TOTAL DES HEURES EFFECTUEES En centre:

En stage:

L'Organisme de formation
Date, Nom et qualité, Cachet et Signature

Observations (date et motif absence) :