FEUILLE D’ÉMARGEMENT

Action de formation

Organisme de formation : _____ Intitulé de l’action : _____

Dates (du ... au ...) : _____ Lieu : _____

Formateur : _____ Horaires matin / après-midi : _____

Nom et prénom du stagiaire	Lun. matin	Lun. a.-m.	Mar. matin	Mar. a.-m.	Mer. matin	Mer. a.-m.	Jeu. matin	Jeu. a.-m.	Ven. matin	Ven. a.-m.

Signature du formateur	Lun. matin	Lun. a.-m.	Mar. matin	Mar. a.-m.	Mer. matin	Mer. a.-m.	Jeu. matin	Jeu. a.-m.	Ven. matin	Ven. a.-m.

Le formateur certifie l’exactitude des présences ci-dessus. Toute case non signée vaut absence.