

ATTESTATION INDIVIDUELLE DE COMPETENCES

Je, soussigné (e).....(*nom, prénom du formateur*) en qualité de.....de
.....(*raison sociale du prestataire de formation*)..... certifie que(*nom, prénom du
stagiaire*), salarié de la société(*raison sociale de l'entreprise*) a régulièrement
suivi l'action de formation suivante :

- Intitulé de l'action de formation :
- Objectif de l'action de formation :
- Nature de l'action de formation :
- Dates de la formation :
- Lieu de réalisation de la formation :
- Durée en heures :
- Résultats de l'évaluation des acquis :

1- Compétence	Maîtrise partielle	Maîtrise complète	Commentaires

2- Connaissance du thème	Maîtrise partielle	Maîtrise complète	Commentaires

Fait à « lieu », le « date »

Signature du formateur et cachet du prestataire de formation