

ATTESTATION INDIVIDUELLE DE COMPETENCES DE LA FORMATION

Raison sociale de l'organisme de formation : **Afcom2i SAS**
Numéro de déclaration d'activité : **82740043774**

Mme Ela BOJARUN, représentant l'organisme de formation en sa qualité de Directrice Générale atteste que (Nom et prénom du stagiaire) a suivi la formation suivante :

Intitulé de l'action : Reprendre ceux du plan de cours

Nature de l'action parmi la typologie suivante ([article L6313-1 du Code du Travail](#)) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> action de préformation et de préparation à la vie professionnelle ; | <input type="checkbox"/> action de formation relative à l'intéressement, à la participation et aux dispositifs d'épargne salariale et d'actionnariat salarié ; |
| <input type="checkbox"/> action d'adaptation et de développement des compétences des salariés ; | <input type="checkbox"/> actions permettant de réaliser un bilan de compétences ; |
| <input type="checkbox"/> action de promotion professionnelle ; | <input type="checkbox"/> actions permettant aux travailleurs de faire valider les acquis de leur expérience ; |
| <input type="checkbox"/> action de prévention ; | <input type="checkbox"/> action d'accompagnement, d'information et de conseil dispensées aux créateurs ou repreneurs d'entreprises agricoles, artisanales, commerciales ou libérales, exerçant ou non une activité ; |
| <input type="checkbox"/> action de conversion ; | <input type="checkbox"/> actions de lutte contre l'illettrisme et l'apprentissage de la langue française |
| <input checked="" type="checkbox"/> action d'acquisition, d'entretien ou de perfectionnement des connaissances ; | |
| <input type="checkbox"/> action de formation continue relative à la radioprotection à destination des professionnels ; | |
| <input type="checkbox"/> action de formation relative à l'économie et à la gestion de l'entreprise ; | |

Objectifs :

Reprendre ceux du plan de cours et si besoin de détails, reprendre les intitulés des grands chapitres

Date(s) : du XX/XX/XXXX au XX/XX/XXXX

Durée : _____ jour(s), soit _____ heures

Lieu de la formation : CRAN GEVRIER

Intervenant(s) : _____

Résultats de l'évaluation des acquis de la formation (Si une telle évaluation est prévue par le programme de formation) : _____

Niveau d'acquisition des connaissances : **X**

A = Connaissances maîtrisées, personne autonome

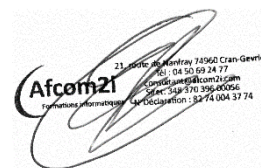
B = Connaissances acquises, simple besoin de pratique

C = Connaissances en cours d'acquisition, besoin de pratique

D = Connaissances non acquises, besoin de formation

Fait, à CRAN GEVRIER

Le XX/XX/XXXX



21, route de Nanfray 74960 Cran Gevrier
Tel : 04 50 69 24 77
Contact: gues@si2a.com
SIRET: 827 400 437 74
N° Déclaration : 82740043774