

## FEUILLE D'EMARGEMENT

### BENEFICIAIRE

Nom et prénom : ..... Tél/mail : .....

Adresse : ..... Code postal et Ville : .....

### Formation :

Date	Type de RDV	Lieu / Moyen	Emargement stagiaire		Emargement formateur		
			Matin 9h00-12h30	Après-midi 13h30-17h00	Nom	Matin	Après-midi
	<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Collectif	<input type="checkbox"/> Bureaux BGE <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Sur site <input type="checkbox"/> Visio					
	<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Collectif	<input type="checkbox"/> Bureaux BGE <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Sur site <input type="checkbox"/> Visio					
	<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Collectif	<input type="checkbox"/> Bureaux BGE <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Sur site <input type="checkbox"/> Visio					
	<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Collectif	<input type="checkbox"/> Bureaux BGE <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Sur site <input type="checkbox"/> Visio					
	<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Collectif	<input type="checkbox"/> Bureaux BGE <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Sur site <input type="checkbox"/> Visio					

Date de début de la formation : .....

Date de fin de la formation : .....

Cachet et signature du responsable de la formation :