

Société : **NOM CLIENT**

N° de convention : **ORD N°**

**INTITULE FORMATION**

Lieu du stage : **Nos Locaux de Cran-Gevrier** - **Notre matériel**

Animateur(trice) :

Nombre de jour(s) : **1** Durée : 7 H Horaires : **09h-17h/08h30-12h/14h-17h30**

Nom et prénom du/des stagiaire(s) (1)	Dates de prestation									
	Matin	A.M.	Matin	A.M.	Matin	A.M.	Matin	A.M.	Matin	A.M.
Nom et prénom du formateur (2)										
Signatures										

- (1) Par ma signature, j'atteste par la présente avoir reçu la formation ci-dessus nommée.
- (2) Par ma signature, j'atteste par la présente avoir dispensé la formation ci-dessus nommée.

FAIT POUR VALOIR CE QUE DE DROIT

CACHET ET SIGNATURE DE L'ORGANISME DE FORMATION

