ATTESTATION INDIVIDUELLE

DE FIN DE FORMATION

Je soussigné(e) [Nom, Prénom], représentant légal de l’organisme de formation [Raison sociale de l’organisme de formation], enregistré sous le numéro de déclaration d’activité [Numéro de déclaration d’activité] auprès de la DREETS (Direction régionale de l’économie, de l’emploi, du travail et des solidarités) de [Région] atteste que [Nom, Prénom, Situation stagiaire (salarié, intermittent du spectacle, auteur…)], a suivi la formation intitulée [Intitulé de la formation] au sein de notre structure, sur la période du JJ/MM/AAAA au JJ/MM/AAAA.

Durée de formation : [Nombre d’heures]

Intervenant(s) :

[Nom, Prénom, Qualité]

[Nom, Prénom, Qualité]

Objectifs pédagogiques mentionnés dans le programme de formation :

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

Résultats de l’évaluation des acquis (examen, test, contrôle continu) :

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

**L’ORGANISME DE FORMATION**

Le JJ/MM/AAAA

[Nom, Prénom]

[Qualité du signataire]

Cachet

Signature

[RAISON SOCIALE] [ADRESSE] [NUMÉRO DE SIRET] [NUMÉRO DE DÉCLARATION D’ACTIVITÉ]

**ATTESTATION INDIVIDUELLE**

**DE FIN DE FORMATION**

**V.2021-03**