FEUILLE INDIVIDUELLE D’ÉMARGEMENT

Référence Afdas : [N° de stage]

**STAGIAIRE**

Stagiaire : [Nom, Prénom]

E-mail : [@]

**ORGANISME DE FORMATION**

Raison sociale de l’organisme de formation : ........................................................................................

Contact : [Nom, Prénom] E-mail : [@] Téléphone : [00 00 00 00 00]

Intitulé de la formation : .........................................................................................................................

Durée de la formation : du JJ/MM/AAAA au JJ/MM/AAAA

Lieu de la formation : [Adresse précise]

Formateur(s) : [Nom(s), Prénoms(s)]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **[DATE]** | **Signature stagiaire** | | **Signature formateur(s)** | | **Durée en heures** |
| **Matin** | **Après-midi** | **Matin** | **Après-midi** |
| [Horaires] |  |  |  |  |  |
| [Horaires] |  |  |  |  |  |
| [Horaires] |  |  |  |  |  |
| [Horaires] |  |  |  |  |  |
| Nombre d’heures total | | | | | [Nombre d’heures] |

Cachet de l’organisme de formation :

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

**FEUILLE INDIVIDUELLE D’ÉMARGEMENT**

**V.2021-04**