FEUILLE D’ÉMARGEMENT

**Intitulé de l’action de formation :**

**Nom du Stagiaire :**

**Date(s) de l’action de formation** : du *(date de début de l’action de formation)* au *(date de fin de l’action de formation)*

**Durée de l’action de formation** : *(durée* ***en heures*** *et* ***en jours*** *de l’action de formation)*

**Horaires de l’action de formation**: de *(horaires de la ½ journée-****matin****)* et de *(horaires de la ½ journée-****après-midi****)*

**Lieu du stage** : *Adresse précise de réalisation de la formation*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Date :** | | **Date :** | | | **Date :** | |
| **Nom et prénom du (des) formateur(s)** | | **Signatures** | | **Signatures** | | | **Signatures** | |
| **Matin** | **Après-midi** | **Matin** | | **Après-midi** | **Matin** | **Après-midi** |
|  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |  |
| **Nom et prénom du (des) stagiaire(s)** | | **Matin : … h *(nombre d’heures)*** | **Après-midi : … h *(nombre d’heures)*** | **Matin : … h *(nombre d’heures)*** | | **Après-midi : … h *(nombre d’heures)*** | **Matin : … h *(nombre d’heures)*** | **Après-midi : … h *(nombre d’heures)*** |
|  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |  |
| **Fait à :** | **Signature et cachet de l’organisme de formation** | | | |
| **Le :** |  | | | |