

ATTESTATION DE PRÉSENCE ET DE RÈGLEMENT

(Document à compléter par l'organisme de formation)

Je soussigné: _____ Fonction: _____
(Nom du responsable de l'organisme de formation) (fonction exacte)

de l'organisme de formation _____
(Dénomination de l'organisme de formation)

déclaré en tant qu'organisme formateur sous le n° _____
(11 chiffres)

certifie par la présente que le stagiaire
Nom et prénom du stagiaire: _____

a bien assisté à la totalité de la formation intitulée: _____
(Indiquer l'intitulé exact de la formation)

Date de la formation: _____ du _____ au _____
(indiquer la date de début et de fin de formation)

Partie 1 et 2 à compléter si la formation est en blended-learning	Partie 1 à compléter si la formation est en présentiel	Nombre de jours entiers: <input type="text"/> <i>(6 heures minimum)</i>	+ Nombre de demi-journées: <input type="text"/> <i>(3 heures minimum)</i>	Nombre total d'heures de formation: <input type="text"/>
	Si formation se déroulant sur 2 années civiles, indiquez impérativement la durée distincte de chacune des années			
		Année: <input type="text"/>	Nbre de jours: <input type="text"/>	Nbre d'heures: <input type="text"/>
		Année: <input type="text"/>	Nbre de jours: <input type="text"/>	Nbre d'heures: <input type="text"/>
Partie 2 à compléter si la formation est en e-learning	Nombre total d'heures de formation: <input type="text"/>			
	Si formation se déroulant sur 2 années civiles, indiquez impérativement la durée distincte de chacune des années			
		Année: <input type="text"/>	Nbre de jours: <input type="text"/>	Nbre d'heures: <input type="text"/>
		Année: <input type="text"/>	Nbre de jours: <input type="text"/>	Nbre d'heures: <input type="text"/>

J'atteste également que le stagiaire stipulé ci-dessus a bien réglé la totalité de sa participation à la formation précitée, soit un montant total de _____ € HT et _____ € TTC correspondant uniquement au coût pédagogique de la formation.

Cette attestation de présence n'exclut pas l'obligation pour l'organisme de formation de tenir à la disposition du FIF PL les feuilles d'émargement, ainsi que les fiches d'évaluation de chaque stagiaire.

Fait à: _____

le: _____

Par ma signature, je certifie l'exactitude des informations ci-dessus. J'accepte que le FIF PL procède à tout contrôle, y compris inopiné, sur pièce ou sur place. En cas de refus ou d'entrave, le FIF PL pourra suspendre la prise en charge, exiger un remboursement et/ou alerter les autorités compétentes. (Art. R. 6332-26 du Code du Travail).

Cachet obligatoire de l'organisme de formation

Nom, prénom et signature du responsable de l'organisme de formation ou de toute autre personne rattachée à l'organisme de formation ayant pouvoir ou délégation de signature