

**ATTESTATION DE PRESENCE
D'UN CONGE BILAN DE COMPETENCES - CDD**

N° Dossier :	Organisme prestataire
Stagiaire	Raison Sociale :
Nom :	Bilan sur temps de travail <input type="checkbox"/>
Prénom :	Bilan hors temps de travail <input type="checkbox"/>

Document à retourner signé au Fongecif Île-de-France (par le centre de bilan).

A remplir impérativement en heures effectuées chaque jour, par l'organisme prestataire, pour permettre le règlement de la prestation.

Merci de respecter l'espace dévolu, ne pas déborder, écrire en majuscule et au stylo bille noir ou bleu.

Jour	Mois	Année	TEMPS EN HEURES				ÉMARGEMENT	
			Entretien	Tests	Atelier collectifs	Recherches personnelles	Bénéficiaire	Prestataire

La signature du présent document atteste de la remise de la synthèse au bénéficiaire par le centre de bilan.

Total Entretien							
Total Tests							
Ateliers Collectifs							
Recherches Personnelles							
Total							

Ce document est certifié exact par :

Période attestée : du ___ / ___ / ___ **au** ___ / ___ / ___

L'organisme prestataire Cachet + Signature	Le bénéficiaire Signature
--	-------------------------------------

Formulaire à compléter et à renvoyer au Fongecif Île-de-France via le site internet ou par mail : gestioncdd@fongecif-idf.fr