

N° Dossier : Stagiaire Nom : Prénom :	Organisme prestataire Raison Sociale : Intitulé :
--	--

Merci de ne pas déborder entre les cases, d'écrire en majuscule et au stylo bille noir ou bleu.

Étapes	Jour	Mois	Année	TEMPS EN HEURES	ÉMARGEMENT	
					Bénéficiaire	Organisme valideur
Mise en situation professionnelle				__h__mn		
				__h__mn		
Entretien avec le jury				__h__mn		
				__h__mn		

Pour permettre le règlement de la validation, ce document doit être renseigné en heures effectuées chaque jour.

Total Mise en situation professionnelle	__h__mn
Total Entretien avec le jury	__h__mn
Total	__h__mn

**Document à retourner
au Fongecif Île-de-France
par l'organisme valideur**

L'organisme valideur « Certifie l'exactitude de ce document » Cachet + Signature	Le bénéficiaire « Certifie l'exactitude de ce document » Signature
---	---

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