

<p>N° Dossier :</p> <p>Stagiaire</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p>	<p>Organisme prestataire</p> <p>Raison Sociale :</p> <p>Intitulé de la formation :</p>
---	--

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

Document à retourner signé au Fongecif Île-de-France et à l'employeur avant le 06 du mois suivant la période attestée.
(Merci de respecter l'espace dévolu, d'écrire en majuscule et au stylo bille noir ou bleu)

→ Période attestée : du ___ / ___ / ___ au ___ / ___ / ___ Dernière attestation

Jour	ABS	TEMPS EN HEURES	
		Formation théorique	Stage en entreprise
1	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
2	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
3	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
4	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
5	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
6	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
7	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
8	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
9	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
10	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
11	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
12	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
13	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
14	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
15	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
16	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn

Jour	ABS	TEMPS EN HEURES	
		Formation théorique	Stage en entreprise
17	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
18	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
19	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
20	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
21	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
22	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
23	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
24	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
25	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
26	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
27	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
28	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
29	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
30	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn
31	<input type="checkbox"/>	h mn	h mn

Total Jours d'absences	jours
Total Formation Théorique	h mn
Total Stage en Entreprise	h mn
Total	h mn

Si la formation comporte un stage en entreprise, merci de nous transmettre la convention relative à ce stage

Ce document est certifié exact par :

<p>L'organisme prestataire Cachet + Signature</p>	<p>Le stagiaire Signature</p>	<p>L'employeur Nom + Qualité + Cachet + Signature</p>
---	-----------------------------------	---

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