 

FEUILLE D'EMARGEMENT

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro MDFSE + et nom de l’opération : ………………………………………………………………………………………………………… Lieu : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Intitulé : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Nom – prénom du salarié/de l’intervenant : ……………………………………………………………………………………………………. | Commentaire |

Durée : ……………Heures sur ……………Jour(s)

Horaires Matin de h à h

 Après-midi de h à h

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom(s) et Prénom(s) participants à la réunion / bénéficiaires /stagiaires | ../../…. | ../../…. | ../../…. | ../../…. | ../../…. |
| Matin | Après midi | Matin | Après midi | Matin | Après midi | Matin | Après midi | Matin | Après midi |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |