EN-TETE DE L'ORGANISME

Service de la formation Professionnelle et du contrôle.

ETAT D'EMARGEMENT COLLECTIF

(Remplir une fiche par module de formation)

INTITULE ET N° DU STAGE : .....

LIEU DU STAGE : ……..

DATE DE L'EMARGEMENT (jour/mois/année) : .....

NOM DU OU DES FORMATEURS : .....

CLIENT / FINANCEUR DU STAGE : .....

INTITULE DU MODULE DE FORMATION : .....……

NOMS - PRENOMS DES STAGIAIRES	EMARGEMENTS		NOMBRE D'HEURES-STAGIAIRES
	Matin (horaire : de .... h .... à .... h ....)	Après-midi (horaire : de .... h .... à .... h ....)	
		TOTAL HEURES-STAGIAIRES	

Certifié exact par l'organisme,
par M. ……
Date : ……..
Signature

…….Signature du ou des formateurs