

# ATTESTATION DE PRÉSENCE ET DE RÈGLEMENT

(Document à compléter par l'organisme de formation)

Je soussigné: \_\_\_\_\_ Fonction: \_\_\_\_\_  
*(Nom du responsable de l'organisme de formation) (fonction exacte)*

de l'organisme de formation \_\_\_\_\_  
*(Dénomination de l'organisme de formation)*

déclaré en tant qu'organisme formateur sous le n° \_\_\_\_\_  
*(11 chiffres)*

certifie par la présente que le stagiaire  
Nom et prénom du stagiaire: \_\_\_\_\_

a bien assisté à la totalité de la formation intitulée: \_\_\_\_\_  
*(Indiquer l'intitulé exact de la formation)*

Date de la formation: \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
*(indiquer la date de début et de fin de formation)*

Partie 1 et 2 à compléter si la formation est en blended-learning	Partie 1 à compléter si la formation est en présentiel	<b>Nombre de jours entiers:</b> <input type="text"/> <i>(6 heures minimum)</i>	<b>+ Nombre de demi-journées:</b> <input type="text"/> <i>(3 heures minimum)</i>	<b>Nombre total d'heures de formation:</b> <input type="text"/>
	Si formation se déroulant sur 2 années civiles, indiquez impérativement la durée distincte de chacune des années Année: <input type="text"/> Nbre de jours: <input type="text"/> Nbre d'heures: <input type="text"/> Année: <input type="text"/> Nbre de jours: <input type="text"/> Nbre d'heures: <input type="text"/>			
Partie 2 à compléter si la formation est en e-learning	<b>Nombre total d'heures de formation:</b> <input type="text"/>			
	<b>Nombre d'étapes validées:</b> <input type="text"/>			
<b>Date d'évaluation finale:</b> <input type="text"/>				
Si formation se déroulant sur 2 années civiles, indiquez impérativement la durée distincte de chacune des années Année: <input type="text"/> Nbre de jours: <input type="text"/> Nbre d'heures: <input type="text"/> Année: <input type="text"/> Nbre de jours: <input type="text"/> Nbre d'heures: <input type="text"/>				

J'atteste également que le stagiaire stipulé ci-dessus a bien réglé la totalité de sa participation à la formation précitée, soit un montant total de \_\_\_\_\_ € HT et \_\_\_\_\_ € TTC correspondant uniquement au coût pédagogique de la formation.

*Pour les professions de santé: l'organisme de formation atteste que la durée en jours de la formation stipulée sur ce présent document (et pour laquelle une demande de prise en charge est constituée auprès du FIF PL) correspond à une durée en jours non facturée à l'ANDPC.*

Fait à: \_\_\_\_\_

le: \_\_\_\_\_

Cachet obligatoire de l'organisme de formation

Nom, prénom et signature du responsable de l'organisme de formation ou de toute autre personne rattachée à l'organisme de formation ayant pouvoir ou délégation de signature

*Cette attestation de présence n'exclut pas l'obligation pour l'organisme de formation de tenir à la disposition du FIF PL les feuilles d'emargement, ainsi que les fiches d'évaluation de chaque stagiaire.*