



l'opca des acteurs de la ville

CONGE INDIVIDUEL DE FORMATION / CDD

ATTESTATION DE PRESENCE MENSUELLE

N° DE DOSSIER : 41/ _____ NOM ET PRENOM DU STAGIAIRE : _____

A régulièrement suivi la formation intitulée : _____

Durant le mois de : _____

	MATIN de _____ à _____	APRES-MIDI de _____ à _____		MATIN de _____ à _____	APRES-MIDI de _____ à _____
1			17		
2			18		
3			19		
4			20		
5			21		
6			22		
7			23		
8			24		
9			25		
10			26		
11			27		
12			28		
13			29		
14			30		
15			31		
16					

Total du mois : _____ heures dont :

FORMATION THEORIQUE : _____ heures

STAGE PRATIQUE : _____ heures

Fait à _____, le _____

SIGNATURE ET CACHET
DE L'ORGANISME DE FORMATION
(obligatoire)SIGNATURE ET CACHET
DE L'ENTREPRISE
(obligatoire si stage pratique)SIGNATURE DU STAGIAIRE
(obligatoire)