

**ATTESTATION MENSUELLE DE PRESENCE**  
**A UN CONGE INDIVIDUEL DE FORMATION**

A compléter par l'organisme de formation et remettre : . 1 exemplaire au FONGECIF  
 . 1 exemplaire à l'employeur  
 . 1 exemplaire au stagiaire

N° Dossier : ..... **ORGANISME FORMATEUR :**  
 NOM : ..... RAISON SOCIALE : .....  
 PRENOM : ..... ADRESSE : .....

.....  
 .....

**STAGE :** .....  
 Intitulé : .....  
 Nombre d'heures : .....

**PERIODE DU :** ..... **AU :** ..... **ANNEE :** .....

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	total d'heures		VISA	
	nombre d'heures	nombre d'heures	nombre d'heures	nombre d'heures	nombre d'heures	nombre d'heures	Centre	Ent.	respons. stage	stagiaire
1° semaine du : au :										
2° semaine du : au :										
3° semaine du : au :										
4° semaine du : au :										
5° semaine du : au :										
<b>TOTAL</b>										
<b>Absences</b>	dates								motifs	
	du : .....				au : .....					
	du : .....				au : .....					
du : .....				au : .....						
<b>stage en entreprise</b>	observations									
	du : .....				au : .....					
							nom de l'entreprise : .....			
							adresse : .....			

CACHET ORGANISME DE FORMATION

SIGNATURE DU RESPONSABLE

