Raison sociale :

LOGO DU PRESTATAIRE DE FORMATION

 N° de déclaration DFPC :

|  |
| --- |
| ATTESTATION DE FIN DE FORMATION |

Je soussigné(e), Mme, M ***(Nom et prénom du représentant de l’organisme de formation)***, représentant l’organisme de formation ci-dessus désigné atteste que ……… ***(Nom et prénom du stagiaire)***a suivi en sa qualité de salarié(e) la formation suivante :

***Intitulé de l’action* :** ......................................................................................................................................................................

Du **XX/XX/XXXX** au **XX/XX/XXXX**, d’une durée de **X** heures.

***Nb d’heures réalisé par le* stagiaire : X.**

***Objectif(s) et résultats des évaluations*** :

*(Exprimés de manière opérationnelle, c’est-à-dire en termes de comportement ou d’activité observable lorsque la personne est en situation de travail)*

*Reprendre succinctement les indications mentionnées dans le programme*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Objectifs*** | ***Acquis*** | ***Partiellement acquis*** | ***Non acquis*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Lieu de la formation*** :  **..…………………….……………………………………………………………………………………**

***Intervenant(s)*** et n° d’agrément : **……………………………………………………………………………………………………**

 Fait à …

 Le, XX/XX/XXXX

Signature et cachet de l’organisme de formation