

ATTESTATION DE PRESENCE BILAN DE COMPETENCES

STAGIAIRE N°

Nom -Prénom :

ORGANISME PRESTATAIRE DE BILAN DE COMPETENCES

Nom organisme prestataire :

EMPLOYEUR (si bilan pendant le temps de travail)

PERIODE du : _____ au _____ année : _____

DATES	DUREE EFFECTIVE DU BILAN		TYPE D'INTERVENTION	VISA	
	heures totales de présence	dont heures en face à face		STAGIAIRE	RESPONSABLE