

## ATTESTATION DE PRESENCE VAE

**STAGIAIRE N°**

**Nom -Prénom :**

**Adresse :**

**ORGANISME**

**Nom organisme :**

**Adresse :**

**EMPLOYEUR** si (VAE PENDANT TEMPS DE TRAVAIL)

**Adresse :**

**Nombre d'heures :**

**Date début accompagnement :**

**Date fin accompagnement :**

**PERIODE** du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ année : \_\_\_\_\_

| DATES | DUREE EFFECTIVE<br>DE LA VAE | TYPE<br>D'INTERVENTION | VISA      |             |
|-------|------------------------------|------------------------|-----------|-------------|
|       |                              |                        | STAGIAIRE | RESPONSABLE |
|       |                              |                        |           |             |