



Etat hebdomadaire de présence des stagiaires en centre de formation



Cette action est financée avec le concours de l'Union Européenne avec le Fonds Social Européen

Numéro de marché : _____ Année du PTFQ : _____
Nom de l'organisme : _____
Numéro de programmation : _____
Intitulé de la formation : _____

Semaine du .../.../20... au .../.../20...

EMARGEMENT FORMATEUR	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL à déclarer
MATIN						Heures Centre:
APRES-MIDI						AE:
STAGIAIRES						AI:
NOM - PRENOM	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL à déclarer
	MATIN	MATIN	MATIN	MATIN	MATIN	
	APRES-MIDI	APRES-MIDI	APRES-MIDI	APRES-MIDI	APRES-MIDI	AE:
						AI:
						HC:
						AE:
						AI:
						HC:
						AE:
						AI:
						HC:
						AE:
						AI:

Total des heures

NB Renseignerment obligatoire des absences : Absences excusables* : AE / Absences injustifiées : AI

Signature du centre : _____
Cachet de l'organisme

Tampon obligatoire et signature du responsable du centre

* Toute absence excusable doit donner lieu à la transmission d'un justificatif à la Région afin d'être prise en compte.