EN-TETE DE L'ORGANISME

Service Régional de Contrôle
de la Formation Professionnelle

ETAT D'EMARGEMENT INDIVIDUEL

(Remplir une fiche par stagiaire)

INTITULE ET N° DU STAGE : ……..…… NOM DU STAGIAIRE : …….…….

CLIENT / FINANCEUR DU STAGE : ……..……..……..……

DATE DE L'EMARGEMENT (Jour/Mois/Année)	EMARGEMENT		INTITULE DU MODULE DE FORMATION	NOM DU FORMATEUR	SIGNATURE DU FORMATEUR	NOMBRE D'HEURES-STAGIAIRES
	Matin (horaire : de …. h …. à …. h ….)	Après-midi (horaire : de …. h …. à …. h ….)				
				TOTAL HEURES-STAGIAIRES		

Certifié exact par l'organisme
par M. ……
Le ……
Signature