

## ATTESTATION DE PRESENCE

Nom – Prénom **CRAVO David**  
Formation **CDA (Concepteur Développeur d'Application)**  
Entreprise **Apside TOP**  
**12 Rue Fabienne Landy**  
**37700 SAINT-PIERRE-DES-CORPS**  
**Tél. 02 47 46 26 26**  
Lieu de stage **Apside TOP**  
**12 Rue Fabienne Landy**  
**37700 SAINT-PIERRE-DES-CORPS**  
Tuteur de stage **David MICHON**  
Date du stage Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

**Mois concerné :**

**Année :**

Semaines et dates	Nb d'heures effectuées	Dates <u>précises</u> et nb d'heures d'absences	Signature stagiaire	Signature tuteur
Semaine n° Du Au				
Semaine n° Du Au				
Semaine n° Du Au				
Semaine n° Du Au				
Semaine n° Du Au				
<b>Total des heures du mois</b>	<b>heures</b>	<b>heures</b>		

Fait à :

Signature et cachet entreprise

Le :

*Cette attestation est à nous retourner impérativement le dernier jour du mois, de préférence par mail à NRueher@arfp.asso.fr par l'entreprise ou par le stagiaire avec le tuteur en copie ou l'original en main propre au secrétariat pour déclaration des heures au centre de paiement.*