



Centre Afpa Territoire Digital
710 rue Gustave Delory,
59174, LA SENTINELLE

Feuille de présence de Période d'Application en Entreprise

(A élargir par demi-journée par le stagiaire et le tuteur)



Entreprise : **DYST : DAHMANI YAMINE SCHOOL TRADING**

Adresse : **14 allée Bossuet**



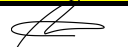





















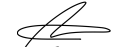













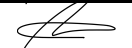







59150 Wattrelos

MOIS DE 10/2023

22237

Intitulé du Stage : **developpeur web et web mobile**

Formateurs : **Tinebra Vincenzo**

Bénéficiaire		Nom-Prénom :		BRAILLARD		RAPHAEL						
	HORAIRES		LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI		VENDREDI	
Semaines	Matin/AM		Signature stagiaire par 1/2 journée	Signature tuteur journée	Signature stagiaire	Signature tuteur	Signature stagiaire	Signature tuteur	Signature stagiaire	Signature tuteur	Signature stagiaire	Signature tuteur
du : 2/10 ----- au: 6/10	9h-12h 14h-18h	Sem. 1							05-maladie 05-maladie		05-maladie 05-maladie	
du : 9/10 ----- au: 13/10	9h-12h 14h-18h	Sem. 2										
du : 16/10 ----- au: 20/10	9h-12h 14h-18h	Sem. 3										
du : 23/10 ----- au: 27/10	9h-12h 14h-18h	Sem. 4										
du : 30/10 ----- au: 31/10	9h-12h 14h-18h	Sem. 5										

Ce document doit être signé par 1/2 journée par le stagiaire et par journée par le tuteur

Il doit être transmis chaque fin de semaine par mail à VOTRE FORMATEUR : Vincenzo.Tinebra@afpa.fr

En cas d'absence, indiquer le motif : 99-autre absence autorisée ; 05-maladie

PARTIES A COMPLETER

Merci de votre collaboration.

Signature du Correspondant
et CACHET de l'entreprise (obligatoire)

LACROIX Max