□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

 □ Convocation referent □ Convocation au permis de cor □ Convocation pour la visite mé 		re pour les secteurs d'activités	s concernés
> Justificatif obligate	oire pour t	outes activités péda	ngogiques externes
M., Mme, Mlle			
Stagiaire en formation de :			
Motif de l'absence :			
Entreprise / Organisme contacté	Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
Tél:			

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



	utorisation de s'abs		_	
	h à			au jours complets
our le motif				
> A voti	<u>re retour vous dev</u>	<u>ez obligatoireme</u>	nt fournir un j	<u>ustificatif</u>
> <u>A vot</u> ı	<u>re retour vous dev</u>	<u>ez obligatoireme</u>	nt fournir un j	<u>ustificatif</u>
> A voti	re retour vous dev	ez obligatoiremei		ustificatif et signature du stagiaire
> A voti	<u>re retour vous dev</u>	ez obligatoiremei		
> A voti	<u>re retour vous dev</u>	ez obligatoiremei		
> A voti	re retour vous dev	ez obligatoireme	Date Date et	et signature du stagiaire
> A voti	re retour vous dev	<u>ez obligatoireme</u>	Date Date et	et signature du stagiaire
> A voti	re retour vous dev	ez obligatoireme	Date Date et	et signature du stagiaire
> A voti	re retour vous dev	ez obligatoiremei	Date Date et	et signature du stagiaire
> A voti	re retour vous dev	ez obligatoireme	Date Date et Jea	et signature du stagiaire





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

Justificatif obligate	oire pour t	outes activités péda	agogiques externes
M., Mme, Mlle AFELLAT A	BDELLATI	F	
Stagiaire en formation de : D Motif de l'absence :			ile
Entreprise / Organisme contacté	Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
Tél :			

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



rmation suivie : emande l'autoris	ation de s'abs	senter du centre	:	
e				au jours complets
> A votre ret	<u>our vous dev</u>	vez obligatoire	ment fournir	un justificatif
> A votre ret	our vous dev	vez obligatoire	ment fournir	
> <u>A votre ret</u>	our vous dev	vez obligatoire	ment fournir	un justificatif Date et signature du stagiaire
> <u>A votre ret</u>	<u>our vous dev</u>	vez obligatoire	ment fournir	
> <u>A votre ret</u>	<u>our vous dev</u>	vez obligatoire		
> A votre ret	our vous dev	vez obligatoire		Date et signature du stagiaire ate et signature du formateur
> A votre ret	our vous dev	vez obligatoire		Date et signature du stagiaire ate et signature du formateur





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

Justificatif obligate	oire pour t	outes activités péda	ngogiques externes
M., Mme, Mlle AGAG MYR	RIAM		
Stagiaire en formation de : D Motif de l'absence :			ile
Entreprise / Organisme contacté	Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
T 41.			
Tél:			

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



	suivie : Développeu 'autorisation de s'abse			
Le		<i>ou</i>		au
)e	h à	h	Soit	jours complets
our le mo	tif suivant :			
► A vo	otre retour vous deve	ez obligatoirem	ent fournir un	iustificatif
> A vo	otre retour vous deve	ez obligatoirem	ent fournir un j	<u>justificatif</u>
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoirem		
> A vo	etre retour vous deve	ez obligatoirem		iustificatif et signature du stagiaire
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoirem		
> A vo	otre retour vous deve	ez obligatoirem		
> A vo	otre retour vous deve	ez obligatoirem	Date et	et signature du stagiaire
> A vo	otre retour vous deve	ez obligatoirem	Date et	et signature du stagiaire
> A vo	<u>otre retour vous deve</u>	ez obligatoirem	Date et	et signature du stagiaire
> A vo	otre retour vous deve	ez obligatoirem	Date et	et signature du stagiaire
> A vo	etre retour vous deve	ez obligatoirem	Date et	et signature du stagiaire
> A vo	etre retour vous deve	ez obligatoirem	Date et Jea	et signature du stagiaire





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

oire pour t	outes activités péda	agogiques externes
I ILYES		
		ile
1		
Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
	I ILYES Développeu	Nom – Prénom de la personne rencontrée et

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



Deh Soit						vie : Développe torisation de s'abs	
our le motif suivant : > A votre retour vous devez obligatoirement fournir un justif Date et sign	au						Le
> A votre retour vous devez obligatoirement fournir un justif Date et sign	jours complets	jours o	Soit		h	h à)e
Date et signati						suivant :	our le motif s
Date et signati							
Date et signati							
Date et signati	ificatif	iustificatif	t fournir un '	iremen	ez obligatoj	e retour vous dev	> A votre
Date et signati	<u></u>	<u>jaotiiioatii</u>			<u> </u>		<u> </u>
Date et signati			D. (
	gnature du stagiaire	e et signature du staș	Date				
Scan-sacc		signature du forma					
	ture du formateur		JCa				
		an-Jacques PAGAN					
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
Avis du R David BU							





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

> Justificatif obligato	oire pour t	outes activités péda	agogiques externes
M., Mme, Mlle BARENNE	JULIE		
Stagiaire en formation de : D Motif de l'absence :			ile
Entreprise / Organisme contacté	Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
Tél :			

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



e	utorisation de s'al		ou		au
e ur le motif	h à f suivant :	h		Soit	jours complets
					-14
> <u>A votı</u>	<u>re retour vous de</u>	<u>evez obligato</u>	<u>iremen</u>	<u>t fournir un j</u>	<u>ustificatif</u>
				Date	et signature du stagiaire
			L		
					signature du formateur 1-Jacques PAGAN





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

> Justificatif obligato	oire pour to	outes activités péda	ngogiques externes
M., Mme, Mlle BOUSKSO	J EDDY		
Stagiaire en formation de : D	éveloppeu	ır WEB et WEB mob	ile
Motif de l'absence :			
Entreprise / Organisme contacté	Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
Tél:			

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



Le	autorisation de s'abse	ou	Du	au
De	h à	h	Soit	jours complets
our le mot	if suivant :			
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme	nt fournir un j	ustificatif
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme	nt fournir un j	<u>ustificatif</u>
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme		
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme		ustificatif et signature du stagiaire
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme		
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme	Date (et signature du stagiaire
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme	Date of S	
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme	Date of S	et signature du stagiaire ignature du formateur
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme	Date of S	et signature du stagiaire ignature du formateur
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme	Date of S	et signature du stagiaire ignature du formateur
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme	Date of S Jean	et signature du stagiaire ignature du formateur





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

Justificatif obligato	oire pour t	outes activités péda	ngogiques externes
M., Mme, Mlle CABUSAT I	NICOLAS		
Stagiaire en formation de : D		ır WEB et WEB mob	ile
Motif de l'absence :			
Entreprise / Organisme contacté	Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
Tél :			

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



emande l'	'autorisation de s'abs	enter du centre :		
Le		<i>ou</i>		au
)e	h à	h	Soit	jours complets
our le mo	tif suivant :			
> ∧ vo	otra ratour vous dav	ez obligatoirem	ent fournir un i	iustificatif
> A vo	tre retour vous dev	ez obligatoirem	ent fournir un j	iustificatif
> A vo	tre retour vous dev	<u>ez obligatoirem</u>		
> A vo	<u>tre retour vous dev</u>	ez obligatoirem		et signature du stagiaire
> A vo	<u>tre retour vous dev</u>	<u>ez obligatoirem</u>		
> A vo	tre retour vous dev	<u>ez obligatoirem</u>		
> A vo	<u>tre retour vous dev</u>	<u>ez obligatoirem</u>	Date et	et signature du stagiaire
> A vo	<u>tre retour vous dev</u>	<u>ez obligatoirem</u>	Date et	et signature du stagiaire
> A vo	otre retour vous dev	<u>ez obligatoirem</u>	Date et	et signature du stagiaire
> A vo	otre retour vous dev	<u>ez obligatoirem</u>	Date et	et signature du stagiaire
> A vo	otre retour vous dev	<u>ez obligatoirem</u>	Date et	et signature du stagiaire
> A vo	otre retour vous dev	<u>ez obligatoirem</u>	Date et Jea	et signature du stagiaire





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

> Justificatif obligate	oire pour t	outes activités péda	ngogiques externes
M., Mme, Mlle CATHELAI	N PAULIN	E	
Stagiaire en formation de : D	éveloppeu	ır WEB et WEB mob	ile
Motif de l'absence :			
		Nom – Prénom de la	
Entreprise / Organisme contacté	Date	personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
Tél:			
		,	

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



ormation suiv	ie : Développe	ur WEB et V	/EB mobile	
	orisation de s'abs			au
	h à			jours complets
our le motif s	uivant :			
> A votre	retour vous dev	vez obligatoir	ement fournir	un justificatif
> <u>A votre</u>	retour vous dev	ez obligatoir	ement fournir	un justificatif
> <u>A votre</u>	retour vous dev	vez obligatoir	ement fournir	un justificatif Date et signature du stagiaire
> A votre	retour vous dev	vez obligatoir	ement fournir	
> A votre	retour vous dev	vez obligatoir	ement fournir	
> A votre	retour vous dev	vez obligatoir		Date et signature du stagiaire ate et signature du formateur
> A votre	retour vous dev	ez obligatoir		Date et signature du stagiaire
> A votre	retour vous dev	vez obligatoir		Date et signature du stagiaire ate et signature du formateur
> A votre	retour vous dev	ez obligatoir		Date et signature du stagiaire ate et signature du formateur
> A votre	retour vous dev	vez obligatoir		Date et signature du stagiaire ate et signature du formateur





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

> Justificatif obligate	oire pour t	outes activités péda	igogiques externes
M., Mme, Mlle CAZI SEBA	STIEN		
Stagiaire en formation de : D Motif de l'absence :			ile
Entreprise / Organisme contacté	Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
Tél :			
iei:			

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



	uivie : Développeu autorisation de s'abs			
Le				au
)e	h à	h	Soit	jours complets
our le mot	if suivant :			
> A vot	re retour vous dev	ez obligatoire:	nent fournir un	iustificatif
/ /////				
	re retour vous dev	<u>ce obligatorici</u>	nent lournii un	
	<u>le retour vous dev</u>	<u>oz obligacon ci</u>		
	<u>ile retour vous dev</u>	<u>oz obligacon c.</u>		e et signature du stagiaire
	<u>ile retour vous dev</u>	<u>oz obligacon ci</u>		
	<u>le retour vous dev</u>	<u>oz obligacon ci</u>		
	ie retour vous dev	<u>GE GBIIGUEGII G</u>	Date et	e et signature du stagiaire
	Te retour vous dev	<u>GE OBIIGUEOII G</u>	Date et	e et signature du stagiaire
	Te retour vous dev	<u>GE GBIIGUEGII G</u>	Date et	e et signature du stagiaire
	Te retour vous dev		Date et	e et signature du stagiaire
	Te retour vous dev		Date et	e et signature du stagiaire







□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

> Justificatif obligate	oire pour t	outes activités péda	agogiques externes
M., Mme, Mlle DAMERGI	RAISSA		
Stagiaire en formation de : D	éveloppeu	ır WEB et WEB mob	ile
Motif de l'absence :			
Entreprise / Organisme contacté	Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
Tél :			

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



ormation suivie	: Développe	ur WEB et WEB	mobile	
	risation de s'abs	senter du centre :	Du	au
	h à			jours complets
our le motif sui	vant :			
> A votre r	etour vous dev	vez obligatoireme	nt fournir un i	ustificatif
> A votre r	etour vous dev	vez obligatoireme	nt fournir un j	<u>ustificatif</u>
> A votre r	etour vous dev	vez obligatoireme		
> A votre r	etour vous dev	vez obligatoireme		ustificatif et signature du stagiaire
> A votre r	etour vous dev	vez obligatoireme		
> A votre r	etour vous dev	vez obligatoireme	Date	et signature du stagiaire
> A votre r	etour vous dev	vez obligatoireme	Date Date et s	
> A votre r	etour vous dev	vez obligatoireme	Date Date et s	et signature du stagiaire
> A votre r	etour vous dev	vez obligatoireme	Date Date et s	et signature du stagiaire
> A votre r	etour vous dev	vez obligatoireme	Date Date et s	et signature du stagiaire
> A votre r	etour vous dev	vez obligatoireme	Date et s Jean	et signature du stagiaire





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

> Justificatif obligato	oire pour t	outes activités péda	ngogiques externes
M., Mme, Mlle DEDIEU M .	AXIME		
Stagiaire en formation de : D	éveloppeu	ır WEB et WEB mob	ile
Motif de l'absence :			
		Nom – Prénom de la	
Entreprise / Organisme contacté	Date	personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
- 41 -			
lel:			
	Date	personne rencontrée et	-

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



	suivie : Développeu autorisation de s'abse			
	autorisation de 3 abse		Du	au
)e	h à	h	Soit	jours complets
our le mot	if suivant :			
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme	nt fournir un j	<u>ustificatif</u>
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme	nt fournir un j	<u>ustificatif</u>
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme		
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme		ustificatif et signature du stagiaire
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme		
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme	Date	et signature du stagiaire
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme	Date Date et	
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme	Date Date et	et signature du stagiaire
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme	Date Date et	et signature du stagiaire
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme	Date Date et	et signature du stagiaire
> A vo	tre retour vous deve	ez obligatoireme	Date et : Jea	et signature du stagiaire





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

> Justificatif obligato	oire pour t	outes activités péda	agogiques externes
M., Mme, Mlle GENDRE T	HOMAS		
Stagiaire en formation de : D	éveloppeu	ır WEB et WEB mob	ile
Motif de l'absence :			
Entreprise / Organisme contacté	Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
Tél :			

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



	ivie : Développeu utorisation de s'abse		nobiic	
-е		ou		au
)e	h à	h	Soit	jours complets
our le motif	suivant :			
> A votr	e retour vous deve	z obligatoireme	t fournir un j	iustificatif
> <u>A votr</u>	e retour vous deve	z obligatoireme	t fournir un j	iustificatif
> <u>A votr</u>	<u>e retour vous deve</u>	<u>z obligatoireme</u>		
> <u>A votr</u>	<u>e retour vous deve</u>	z obligatoireme		iustificatif et signature du stagiaire
> <u>A votr</u>	<u>e retour vous deve</u>	z obligatoiremei		
> <u>A votr</u>	e retour vous deve	ez obligatoiremei	Date	et signature du stagiaire
> A votr	<u>e retour vous deve</u>	z obligatoireme	Date Date et	
> A votr	e retour vous deve	z obligatoiremei	Date Date et	et signature du stagiaire
> A votr	e retour vous deve	ez obligatoiremei	Date Date et	et signature du stagiaire
> A votr	e retour vous deve	z obligatoireme	Date Date et	et signature du stagiaire
> A votr	e retour vous deve	z obligatoireme	Date Date et Jea	et signature du stagiaire





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

> Justificatif obligate	oire pour to	outes activités péda	ngogiques externes
M., Mme, Mlle HAMELLE I	PIERRICK		
Stagiaire en formation de : D	éveloppeu	ır WEB et WEB mob	ile
Motif de l'absence :			
Entreprise / Organisme contacté	Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
Tél :			

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



rmation suivie :	sation de s'ab	senter du ce	ntre :		
e e			ou		au jours complets
ur le motif suiv	ant:				
> A votre ret	tour vous de	vez obligato	oiremen	t fournir un	<u>justificatif</u>
> A votre ret	tour vous de	vez obligato	<u>oiremen</u>	t fournir un	<u>justificatif</u>
> A votre ret	tour vous de	vez obligato	oiremen		justificatif e et signature du stagiaire
> A votre ret	tour vous de	evez obligato	oiremen		
➤ A votre ret	tour vous de	evez obligato	Diremen	Date et	et signature du stagiaire
A votre ret	tour vous de	evez obligato	Diremen	Date et	e et signature du stagiaire
> A votre ret	tour vous de	vez obligato	oiremen	Date et	et signature du stagiaire
> A votre ret	tour vous de	evez obligato	Diremen	Date et	et signature du stagiaire





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

> Justificatif obligate	oire pour t	outes activités péda	ngogiques externes
M., Mme, Mlle JARRY EN	zo		
Stagiaire en formation de : D	éveloppeu	ır WEB et WEB mob	ile
Motif de l'absence :			
Entreprise / Organisme contacté	Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
Tél :			

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



emande l'	autorisation de s'abs	senter du centre :		
Le		<i>ou</i>		au
)e	h à	h	Soit	jours complets
our le mo	tif suivant :			
► A vo	tro rotour vous dov	voz obligatojrom	ont fournir un	iustificatif
> A vo	tre retour vous dev	vez obligatoirem	ent fournir un j	<u>iustificatif</u>
> A vo	tre retour vous dev	vez obligatoirem	ent fournir un	<u>iustificatif</u>
> A vo	tre retour vous dev	vez obligatoirem		iustificatif et signature du stagiaire
≻ <u>A vo</u>	tre retour vous dev	vez obligatoirem		
≻ <u>A vo</u>	etre retour vous dev	vez obligatoirem		
> A vo	<u>tre retour vous dev</u>	vez obligatoirem	Date et	et signature du stagiaire
> A vo	tre retour vous dev	vez obligatoirem	Date et	et signature du stagiaire
> A vo	tre retour vous dev	vez obligatoirem	Date et	et signature du stagiaire
> A vo	tre retour vous dev	vez obligatoirem	Date et	et signature du stagiaire
> A vo	tre retour vous dev	ez obligatoirem	Date et	et signature du stagiaire
> A vo	tre retour vous dev	ez obligatoirem	Date et Jea	et signature du stagiaire







□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

> Justificatif obligato	oire pour t	outes activités péda	agogiques externes
M., Mme, Mlle LE PIERRE	S LOGAN		
Stagiaire en formation de : D Motif de l'absence :			ile
		Nom – Prénom de la	
Entreprise / Organisme contacté	Date	personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
Tél :			

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



	tion de s'absenter		Du	au
e ur le motif suivai	hà nt:	_h	Soit	jours complets
	ur vous devez ob		nt fournir un i	ustificatif
A volle leto	<u>ui vous uevez or</u>	<u>Jilgatoireillei</u>	ic iouriii uii j	<u>ustificatii</u>
			Date	et signature du stagiaire
				signature du formateur n-Jacques PAGAN
				•







□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

> Justificatif obligate	oire pour t	outes activités péda	ngogiques externes
M., Mme, Mlle PIERANI F	PABLO		
Stagiaire en formation de : D	éveloppeu	ır WEB et WEB mob	ile
Motif de l'absence :			
		Nom – Prénom de la	
Entreprise / Organisme contacté	Date	personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
Tél:			
Tél :			

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



	risation de s'ab		ntre : ou	Du	au
e ur le motif sui	h à ivant :	h		Soit	jours complets
> A votre r	etour vous de	vez obligato	iremen	t fournir un j	ustificatif
				Date	et signature du stagiaire
					signature du formateur n-Jacques PAGAN





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

oire pour t	outes activités péda	agogiques externes
DANIELA		
	ır WEB et WEB mob	ile
Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
	DANIELA Développeu	Nom – Prénom de la personne rencontrée et

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



rmation suivie : [emande l'autorisa e	tion de s'abse	enter du centre	:	au
e	h à		Soit	jours complets
ur le motif suivar				
A votre reto	ur vous deve	ez obligatoire	ment fournir	un justificatif
> <u>A votre reto</u>	ur vous deve	ez obligatoire	ment fournir	un justificatif
> A votre reto	ur vous deve	ez obligatoire	ment fournir	un justificatif Date et signature du stagiaire
> A votre reto	ur vous deve	ez obligatoire	ment fournir	
> A votre reto	ur vous deve	ez obligatoire		
> A votre reto	ur vous deve	ez obligatoire		Date et signature du stagiaire
> A votre reto	ur vous deve	ez obligatoire		Date et signature du stagiaire
> A votre reto	ur vous deve	ez obligatoire		Date et signature du stagiaire





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

oire pour t	outes activités péda	agogiques externes
ROMAIN		
		ile
Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme
	ROMAIN	Nom – Prénom de la personne rencontrée et

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



e	orisation de s'al		ntre : ou		au
e our le motif si	h à uivant :	h		Soit	jours complets
				t fournir un	iustificatif
A votre	<u>retour vous de</u>	evez obligato	<u> Jiremen</u>	t lournir un	<u>lustinicatii</u>
				Date	et signature du stagiaire
				Date	et signature du stagiaire
				Date et	signature du formateur
				Date et	
				Date et	signature du formateur
				Date et	signature du formateur
				Date et Jea	signature du formateur





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

> Justificatif obligatoire pour toutes activités pédagogiques externes				
M., Mme, Mlle SANTIAGO	MATHIEU	J		
Stagiaire en formation de : D	éveloppeu	ır WEB et WEB mob	ile	
Motif de l'absence :				
	I			
Entreprise / Organisme contacté	Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme	
Tél :				

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



		<i>ou</i> Du	au
nà t:	h	Soit	jours complets
ır vous devez (obligatoire	ment fournir	un iustificatif
11 VOUS UCVCE	bilgatoire	mene rourin	<u>un justineuti</u>
			Date et signature du stagiaire
		Da	ite et signature du formateur Jean-Jacques PAGAN
	t:	h àh	r vous devez obligatoirement fournir







□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

> Justificatif obligatoire pour toutes activités pédagogiques externes					
M., Mme, Mlle SCHWARZ	ANTHONY	•			
Stagiaire en formation de : D Motif de l'absence :		ır WEB et WEB mob	ile		
Entreprise / Organisme contacté	Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme		
Tél :					

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



	ation de s'absente		Du	au
e ur le motif suiva	_h à nt:	h	Soit	jours complets
> A votre reto	our vous devez o	bligatoireme	ent fournir un i	ustificatif
			Date	et signature du stagiaire
				signature du formateur n-Jacques PAGAN
				•





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

> Justificatif obligatoire pour toutes activités pédagogiques externes					
M., Mme, Mlle SEBIH YOU	JSSEF				
Stagiaire en formation de : D Motif de l'absence :			ile		
Entreprise / Organisme contacté	Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme		
Tél:					

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



DM:VIVOT	PRENOM : AXEL			
rmation suivie : l	Développeur WEB et	:WEB r	nobile	
	ition de s'absenter du ce	ntre : ou	Du	au
				jours complets
our le motif suiva				
> <u>A votre reto</u>	our vous devez obligato	<u>oiremen</u>	t fournir un j	<u>justificatif</u>
		Γ		
			Date	et signature du stagiaire
		Γ		
				signature du formateur m-Jacques PAGAN
		_		
				s du RF et signature vid BULGHERONI
			Б.	= 0.2.3





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

> Justificatif obligatoire pour toutes activités pédagogiques externes					
M., Mme, Mlle VIVOT AXI	EL				
Stagiaire en formation de : D Motif de l'absence :			ile		
Entreprise / Organisme contacté	Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme		
Tél:					

Centre de formation professionnelle des adultes de Saint Jean de Védas

12 Rue Jean Mermoz 34430 Saint Jean de Védas

Tél: 3936 - www.afpa.fr



ormation suiv	ie : Développe	ur WEB et WEB	mobile	
	orisation de s'abs	senter du centre :	Du	au
	h à			au jours complets
our le motif s	uivant :			
► A votro	rotour vous do	voz obligatojnomo	nt fournir un i	ustificatif
> <u>A votre</u>	retour vous dev	vez obligatoireme	nt fournir un j	ustificatif
> <u>A votre</u>	retour vous dev	vez obligatoireme		
> A votre	retour vous dev	vez obligatoireme		ustificatif et signature du stagiaire
> A votre	retour vous dev	vez obligatoireme		
> A votre	<u>retour vous dev</u>	vez obligatoireme		
> A votre	retour vous dev	vez obligatoireme	Date	
> A votre	retour vous dev	vez obligatoireme	Date	et signature du stagiaire
> A votre	retour vous dev	vez obligatoireme	Date	et signature du stagiaire
> A votre	retour vous dev	vez obligatoireme	Date	et signature du stagiaire
> A votre	retour vous dev	vez obligatoireme	Date et s Jean	et signature du stagiaire





□ Convocation pour la visite médicale obligatoire pour les secteurs d'activités concernés

□ Recherche PE ou RDV embauche (inclus salon, concours)

> Justificatif obligatoire pour toutes activités pédagogiques externes					
M., Mme, Mlle NEYTON M	IAXIME				
Stagiaire en formation de : D Motif de l'absence :			ile		
Entreprise / Organisme contacté	Date	Nom – Prénom de la personne rencontrée et Signature	Cachet de l'entreprise / organisme		
Tél :					
IGI.					