

AUTORISATION d'ABSENCE

NOM :

PRENOM :

Formation suivie :

Demande l'autorisation de s'absenter du centre :

Le _____ *ou* Du _____ au _____
De _____ h à _____ h Soit _____ jours complets

Pour le motif suivant :

➤ **A votre retour vous devez obligatoirement fournir un justificatif**

Date et signature du stagiaire

Date et signature du formateur

Avis du RF et signature