

ATTESTATION DE
FOAD
REALISATION

Je soussigné(e) Nom/Prénom du stagiaire :

Intitulé de la formation : CONCEPTEUR DEVELOPPEUR D'APPLICATIONS

Semaine :

DATE	Tâches demandées ou activités réalisées	Modalité de travail (tél/mail/classe virtuelle)
LUNDI		
MARDI		
MERCREDI		
JEUDI		
VENDREDI		

Cette liste de travaux correspond à une période de formation de 35 heures hebdomadaires.

(y compris les phases de regroupement en présentiel).

Toute journée sans envoi de travail au formateur sera considérée comme une absence non autorisée.

Fait à :

Signature du **stagiaire**

Signature Formateur