

Mois _____ Année _____

Nom _____ N° dossier _____

CDI CDD FORMATION HORS TEMPS TRAVAIL

Intitulé de la formation _____

VOIR LA FEUILLE D'EMARGEMENT AU VERSO

A remplir obligatoirement pour chaque jour

Date	Nombre d'heures théoriques	Nombre d'heures de stage en entreprise	Cadre réservé à Transitions Pro Réunion
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
Total du mois	H1*	H	H

Le centre de formation : s'engage à envoyer cette attestation **avant le 5 de chaque mois**, soit à l'employeur pour les salariés en CDI soit à Transitions Pro Réunion pour les salariés rémunérés par Transitions Pro Réunion.

Nom _____

Qualité _____

Date _____ Cachet - Signature :

Nom _____

Qualité _____

Date _____ Cachet - Signature :

Nom _____

Qualité _____

Date _____ Cachet - Signature :

STAGE EN ENTREPRISE

À compléter par l'organisme de formation

Nom et adresse de l'entreprise d'accueil

JOINDRE LA CONVENTION DE STAGE

À REMPLIR PAR L'ORGANISME DE FORMATION

FACTURATION DES FRAIS DE FORMATION

Raison sociale _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

N° SIRET _____

N° de facture du centre _____

* Nombre d'heures de formation théorique (H1) _____

Taux horaire TTC pris en charge (T) _____

Montant demandé TTC (H1 x T) _____

RESERVE A TRANSITIONS PRO REUNION

Frais de transport _____

Salaire _____

Date _____

Les signataires certifient l'exactitude des éléments mentionnés

L'employeur : (joindre le bulletin de salaire)

Le stagiaire

Nom _____ Prénom _____

JOURS	MATIN (Signatures)			APRES-MIDI (Signatures)		
	HORAIRES	STAGIAIRE	FORMATEUR/TUTEUR	HORAIRES	STAGIAIRE	FORMATEUR/TUTEUR
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

Nom du signataire ci-dessus _____
Qualité _____

Date _____

Cachet de l'organisme de formation :

Nom du signataire ci-dessus _____
Qualité _____

Date _____

Cachet de l'entreprise d'accueil en stage pratique :