

Mois

Année

Nom

Prénom

N° dossier

O CDI O CDD O LICENCIÉ O FORMATION HORS TEMPS TRAVAIL

Intitulé de la formation

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT
LA FEUILLE D'ÉMARGEMENT AU VERSO
OU NOUS ADRESSER VOS ÉMARGEMENTS
CONFORMES À NOS ATTENTES**

À remplir obligatoirement pour chaque jour

Date	LE CENTRE DE FORMATION		TRANSITIONS PRO
	Nombre d'heures théoriques	Nombre d'heures de stage en entreprise	Cadre réservé à Transitions Pro
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

Les signataires certifient l'exactitude et l'exhaustivité des éléments mentionnés

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 Bretagne pour les salariés rémunérés directement par Transitions Pro.

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

N° SIRET :

Cocher l'option choisie :

Envoi d'une seule facture en début de formation

Facturation mensuelle 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)

RÉSERVÉ À TRANSITIONS PRO BRETAGNE

Frais de transport

Salaire

Date

Gestionnaire

Le stagiaire :

Nom

Prénom

Date

Signature :

Nom _____ Prénom _____

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

Nom du signataire ci dessus

Nom du signataire ci dessus

Qualité

Qualité

Date

Cachet de l'organisme de formation :

Date

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