Certifié exact
date, cachet et signature :

PROGRAMME 312 - Dispositif Régional pour l'Insertion Professionnelle

Organisme titulaire :

Correspondant formation : ……...……...……...…Tél :

N° Marché : |_____|

Lieu :

Intitulé :

NOM des personnes ayant effectué les visites en entreprise :

LISTE DE PRESENCE

NOM - Prénom	TH*	DATES DE FORMATION		Nombre d'heures de présence en centre	Nombre d'heures de présence en entreprise	NOM et Adresse de l'entreprise			Date des visites effectuées par l'organisme de formation
		Date de début	Date de fin			Période 1	Période 2	Période 3	
SOUS TOTAL TH	0			0	0				
SOUS TOTAL AUTRES STATUTS									
TOTAL	0			0	0				

* Public Travailleurs Handicapés