*FEUILLE D’EMARGEMENT*

# Intitulé de la formation :

Nom du stagiaire :

Nom de l’organisme : **Khépri Formation** Lieu de formation :

Date de début de la formation : Date de fin de la formation :

Durée de la formation : ……… Heures sur ……. Jour(s) HORAIRES : MATIN de …..h à …..h / APRES-MIDI : de …..h à …..h

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATE** | **Date 1** | **Date 2** | **Date 3** | **Date 4** | **Date 5** | **Date 6** | **Date 7** | **Date 8** | **Date 9** | **Date 10** |
| **NOM PRENOM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SIGNATURE**  **MATIN** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SIGNATURE APRES-MIDI** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NOMBRE D’HEURES EFFECTUEES** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Emargement du formateur par demi-journée attestant l’exactitude des informations portées ci-dessus** | | | | | | | | | | |
| **NOM DE L’INTERVENANT** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SIGNATURE MATIN** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SIGNATURE APRES-MIDI** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |