

En-tête de l’organisme de formation

ATTESTATION D’ASSIDUITE DE FORMATION

Je soussigné(e) (Nom, prénom) agissant en qualité de (fonction dans l’organisme de formation) de (raison sociale de l’organisme) enregistré sous le numéro de déclaration d’activité (NDA) auprès de la DIRECCTE de (Région), atteste que :

* Madame ou Monsieur (Nom et prénom du stagiaire)
* a bien suivi la formation (intitulé de l’action)
* qui s’est déroulée du (date de début de l’action ou date de bascule entre la modalité présentielle et celle à distance) au (date de fin de l’action)
* pour une durée à distance de (nombre d’heures estimé par l’organisme pour atteindre le(s) objectif(s) décrits ci-après)
* ayant permis l’atteinte de(s) objectif(s) suivant(s) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

L’organisme de formation s’engage à conserver l’ensemble des pièces justificatives permettant de démontrer la réalité de l’action (travaux réalisés par stagiaire ainsi que les évaluations afférentes). Ces pièces pourront être demandées, notamment par OPCO Mobilités, lors d’un contrôle a posteriori. A défaut de justificatifs, le remboursement de la formation pourra être demandé.

**Le stagiaire \*** **L’organisme de formation**

Fait à : Le : Fait à : Le :

Signature : Signature :

\* En cas d’impossibilité de signature par le stagiaire, ceci devra être régularisé à l’issue de la période de confinement.