**ATTESTATION D'ASSIDUITÉ**

**Nom de l'organisme de formation**

**Adresse**

**Numéro SIRET**

Je soussigné *(nom et prénom du dirigeant)*………………………………………………………

représentant de l'organisme de formation ………………………………………………………

enregistré sous le numéro de déclaration d'activité ………………………………………………………

atteste que le stagiaire *(nom et prénom du stagiaire)* ………………………………………………………

a suivi la formation *(intitulé de la formation)*………………………………………………………

qui a eu lieu du …………………… au …………………………………

à ………………………………………………………

et d'une durée de ……… heures

© Quali-Santé - Modèle de programme de formation

Attesté par *(nom, prénom et qualité)*

*.............................................................*

Le .......................................

Signature :