**FEUILLE D'ÉMARGEMENT COLLECTIF**

**Nom de l'organisme de formation**

**Adresse**

**Numéro SIRET**

**Intitulé de la formation** …………………………………………………………..…………………………………..

**Lieu du stage** …………………………………………………………..…………………………………………………

**Date et heures du stage**………………………………………………………..……………………………………..

**Nom(s) et prénom(s) du (ou des) formateur(s)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et Prénom des stagiaires | Émargement MatinDe ...h.... à ...h... | Émargement Après-MidiDe ...h.... à ...h... | Nombre d'heure de formation pour le stagiaire |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

© Quali-Santé - Modèle de programme de formation

Formateur : *(nom et prénom)*

...........................................................

Signature :

Certifié exact par l'organisme

Par *(nom, prénom et qualité)*

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

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

Signature :