



## FEUILLE INDIVIDUELLE D'ÉMARGEMENT

Référence Afdas : \_\_\_\_\_

### Stagiaire

nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

### Organisme de formation

Raison sociale de l'organisme de formation : CMI

Contact : Pierre Bedrossian

Téléphone : 06 83 64 53 75

E-mail : pierre.bedrossian@cmiformation.com

Intitulé de la formation : \_\_\_\_\_

Durée de la formation : \_\_\_\_\_

Lieu de la formation : \_\_\_\_\_

Formateur: Pierre Bedrossian

du __/__/__ au __/__/__	Signature stagiaire		Signature formateur(s)	
	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
Nombre d'heures total _____				

L'organisme de formation

Cachet