

# Attestation de fin de formation

## Organisme d'accueil :

Nom ou dénomination sociale : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

CERTIFIE QUE :

## L'apprenant :

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

Courriel : .....

A EFFECTUÉ UNE FORMATION :

## Formation :

Date de la formation : du ..... au .....

Soit une durée de : .....

Type de formation : .....

**Type d'action de formation conformément à l'art. L6313-1 du code du travail :** Action de formation (action concourant au développement des compétences qui entre dans le champ d'application des dispositions relatives à la formation professionnelle).

### Signature de l'apprenant

Signé le ..... à .....

Signature

### Signature de la direction de l'organisme de formation :

Signé le ..... à .....

Signature