Optim'hum

ÉTAT D'ÉMARGEMENT

Titre de Formateur d'enseignants, de formateurs et de cadres pédagogiques	
Nom du Stagiaire :	MOIS :
Nom de l'entreprise :	

Période du :		**au**		**201**						**TOTAL à déclarer**
Lundi		**Mardi**		**Mercredi**		**Jeudi**		**Vendredi**		
Matin Durée :	Après-midi Durée :	Matin Durée :	Après-midi Durée :	Matin Durée :	Après-midi Durée :	Matin Durée :	Après-midi Durée :	Matin Durée :	Après-midi Durée :	**HE :**

Signature et cachet de l'Entreprise :

Certifié exact par l'organisme de formation
Par M. Nicolas GALAS, directeur du centre
Le
Signature