PARTENAIRE D'AVENIR
TRANSITIONS PRO Auvergne Rhône-Alpes

SÉQUENCE DE FORMATION À DISTANCE - ATTESTATION D'ASSIDUITÉ simplifiée dans le cadre du COVID 19 – Période de confinement Pour la période mensuelle du au

NOM – Prénom du stagiaire	
N° de dossier :	**CDI** ◯ **CDD** ◯ **FHTT** ◯
Organisme de formation :	

Parcours de formation :

Intitulé de l'action de formation :	
Dates de début et de fin de formation :	**Du** **au**
Volume horaire présentiel transformé en distanciel	
Moyens mis en place pour la réalisation de l'action à distance et suivi pédagogique et technique	

Réalisation du parcours :

Nombre d'heures réalisées sur la période (**base de facturation**):	h

Détail des échanges entre le stagiaire et l'encadrement pédagogique :

Nombre de travaux obligatoires prévus (sur la période) :	
Nombre de travaux rendus (sur la période) :	
Nombre de réunions en tutorat (sur la période) :	
Nombre d'heures de formation en visio (sur la période) :	

Détail des évaluations du stagiaire à ce jour :

Nombre d'évaluations rendues (sur la période) :	

Période d'absence du stagiaire : du au

Précisez :

Cette attestation doit être déposée sur l'espace personnel du dossier après avoir été intégralement complétée, datée et signée par les 2 parties.

Date : ……
Signature du stagiaire

Date : ……
Signature + cachet
du représentant organisme