

PROJET DE FORMATION INTEGRA SOINS

Fonds intersectoriel des Services de santé

Le travailleur en formation remettra par e-mail au FINSS et à son employeur EN COPIE un exemplaire dûment complété de cette attestation à la fin de chaque trimestre scolaire. Ou directement au FINSS sur le mail de son projet si pas d'employeur (projet Bourse et PrimeEtude)

ATTESTATION TRIMESTRIELLE D'ASSIDUITE ANNEE SCOLAIRE 20__ - 20__

Je, soussigné(e)

Agissant en qualité de

De l'organisme de formation dont la dénomination est la suivante (adresse ou cachet) :

ATTESTE QUE :

Mme/Melle/Mr (Nom et prénom) :

Né(e) à le. . . / . . . / . . .

Domicilié(e) à Code postal :

Rue N° :

Est régulièrement inscrit(e) à la formation ci-après décrite :

Intitulé : Année d'étude :

Date de l'inscription : . . . / . . . / . . .

Nombre d'heures théorique total de la formation	A	
Nombre théorique d'heures de formation que l'intéressé est dispensé de suivre en raison d'une formation antérieure ou en cours	B	
Nombre théorique d'heures de formation de l'intéressé	C = (A-B)	
Nombre théorique d'heures de formation auxquelles l'intéressé n'a pas assisté en raison d'une inscription tardive (déduction faite des heures de dispense)	D	

ANNEE SCOLAIRE : DATE DEBUT . . . / . . . / . . . DATE FIN . . . / . . . / . . .

L'INTÉRESSÉ A SUIVI LA FORMATION SUSDCRITE DE LA FAÇON SUIVANTE

	1er trimestre sept-oct-nov- dec 20__	2ème trimestre jan-fev-mars 20__	3ème trimestre avril-mai-juin 20__
Nombre de jours de formation effectivement donnés (cours + stage)	_____ jours	_____ jours	_____ jours
Nombre de jours d'absences justifiées	_____ jours	_____ jours	_____ jours
Nombre de jours d'absences injustifiées	_____ jours	_____ jours	_____ jours

Date d'abandon de la formation (le cas échéant) : le . . . / . . . / . . .

Date et signature (cachet original) :