ATTESTATION DE FREQUENTATION EFFECTIVE AU BILAN DE COMPÉTENCES

BÉNÉFICIAIRE : Nom : Prénom : N° DOSSIER :

PRESTATAIRE : Nom de l'organisme prestataire et lieu d'intervention : .....

DATE	CONTENU ET OBJECTIFS DE LA SÉANCE	SÉANCE		TEST (intitulé)	NOM DE L'INTERVENANT	PSY O/N	DURÉE (H)	SIGNATURE de l'intervenant	SIGNATURE du bénéficiaire
		Indi vid.	Coll .						

Remise au bénéficiaire du document de synthèse et de la fiche de support d'emploi (si projet(s) envisagé(s)) : ❒ oui ❒ non

A renvoyer à l'ANFH *régionale* et à l'établissement employeur (si réalisé sur le temps de travail)

DATE	CONTENU ET OBJECTIFS DE LA SÉANCE	SÉANCE		TEST (intitulé)	NOM DE L'INTERVENANT	PSY O/N	DURÉE (H)	SIGNATURE de l'intervenant	SIGNATURE du bénéficiaire
		Indi vid.	Col.						

Remise au bénéficiaire du document de synthèse et de la fiche de support d'emploi (si projet(s) envisagé(s)) : ❒ oui ❒ non

A renvoyer à l'ANFH *régionale* et à l'établissement employeur (si réalisé sur le temps de travail)