

ATTESTATION ANNUELLE

Formation à Plein Temps Passerelle

Année de formation: _____

Merci d'utiliser cette page à l'en-tête de l'esede comme page de garde de la grille d'évaluation de la pratique

Nom et prénom du ou de l'étudiant-e:

Nom et adresse du lieu de l'emploi:

Directrice ou Directeur de l'institution:

Le ou la formateur-trice à la pratique professionnelle (FPP):

Formation du ou de la FPP:

Groupe ou contexte de travail du ou de la stagiaire:

Date d'engagement :

Taux d'emploi :

Nombre d'heures hebdomadaires de présence dans l'institution :

Nombre de jours d'absences:

Préavis de validation de la pratique professionnelle :

VALIDE

NON VALIDE

Lieu et date:

Signatures:

de la direction

du ou de la Formateur-trice
à la pratique professionnelle

de l'étudiant-e