

ATTESTATION ANNUELLE

formation à plein temps avec pratique professionnelle

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 la pratique professionnelle :

Directeur ou directrice de l'institution :

Le Formateur ou la Formatrice à
la pratique professionnelle (FPP) :

Formation du ou de la FPP :

Groupe ou contexte de travail
de l'étudiant-e :

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**

Merci de préciser les changements prévus pour l'année à venir (groupe, taux d'emploi, etc.) et le cas échéant à partir de quand seront-ils effectifs :

Lieu et date :

Signatures :

de la direction

du ou de la FPP

de l'étudiant-e