



Cette formation est
cofinancée par
l'Union européenne

**BILAN DE COMPETENCES
ETAT RECAPITULATIF DES PRESENCES**

N° de dossier : _____

Nom et prénom du stagiaire : _____

Organisme prestataire : _____

Nom de la personne chargée de réaliser le bilan : _____

Dates du bilan : du __ / __ / __ au __ / __ / __

PRESENCE EN CENTRE

- Entretiens individuels (face à face) : _____ heures articulées sur _____ jours
- Passation de tests : _____ heures articulées sur _____ jours
- Recherche documentaire assistée : _____ heures articulées sur _____ jours
- Autre à préciser : _____ heures articulées sur _____ jours

DUREE TOTALE : _____ heures

HORS CENTRE

- Recherche documentaire : _____ heures
- Rencontres avec professionnels : _____ heures
(préciser)
- Essais professionnels : _____ heures
- Autres (préciser) : _____ heures

DUREE TOTALE : _____ heures

Je certifie que l'organisme m'a remis le document de synthèse de mon bilan de compétences (article R 900-2)

Fait à _____, le _____.

Signature du bénéficiaire :

**Signature du responsable
et cachet de l'organisme** :