



Cette formation est
cofinancée par
l'Union européenne

ETAT RECAPITULATIF MENSUEL DES PRESENCES CIF CDD

Ce document devra être joint aux factures transmises par l'organisme de formation ou aux demandes de remboursements des autres frais transmises par le stagiaire

N° de dossier : _____

Nom et prénom du stagiaire : _____

Intitulé de la formation : _____

Centre de formation : _____

Entreprise d'accueil durant le stage pratique : _____
(raison sociale et adresse)

A remplir du 20 au 19 de chaque mois

	Nb d'heures de présence	Nb d'heures d'absence	Observations (Préciser s'il s'agit du stage pratique, de la théorie, le motif en cas d'absence etc...)
semaine du au			
semaine du au			
semaine du au			
semaine du au			
semaine du au			

Fait à _____ le _____

Signature du stagiaire :

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