



**CENTRE REGIONAL DE FORMATION EN
ALTERNANCE AUX METIERS DE
L'HOSPITALISATION**

ATTESTATION DE PRESENCE

IFSI :

Mois :		Année : 2007/2008			
Nom et Prénom de l'apprenti	Heures de formation effectives	Heures d'absence sans certificat médical	Date (du...au)	Heures d'absence avec certificat médical	Date (du...au)

Merci de nous indiquer le ou les noms des personnes qui assurent le suivi des absences :

-
-
-

Tél :

Fait à _____ , le _____

Cachet de l'IFSI