



CSP – Attestation Individuelle de Fin de Formation

Article L 6353 – 1 du Code du travail

Je soussigné(e) _____ Représentant légal de

L'organisme de formation _____ N° de DA _____

Certifie que Mme/Mlle/M _____

A suivi la formation _____

Au cours de la période du _____ Au _____, soit une durée de _____ heures

Modalités pédagogiques de la formation : Présentielle / A distance*, précisez :
(Téléphone, correspondance, formation assistée par ordinateur...)

Objectif de l'action

(reprendre succinctement les indications mentionnées dans le programme de formation)

Nature de l'action de formation

(se reporter à l'article L 6313-1 du code du travail : action d'adaptation et de développement des compétences, d'entretien des connaissances, de qualification...)

Résultats de l'évaluation des acquis

Compléter les deux tableaux suivants

1-Compétences	Maîtrise partiellement	Maîtrise complètement	Commentaires

2-Connaissance du thème	Maîtrise partiellement	Maîtrise complètement	Commentaires

Fait à _____

Signature du référent Formation

Le _____

Document original à remettre au stagiaire en fin de formation

***Copie à remettre à AGFOS PME au moment de la facturation en cas de formation à distance**