PARTENAIRE D'AVENIR
TRANSITIONS PRO Pays de la Loire

SÉQUENCE DE FORMATION À DISTANCE - ATTESTATION D'ASSIDUITÉ simplifiée dans le cadre du COVID 19 – Période de confinement Pour la période du / / au /

NOM – Prénom du stagiaire	
N° de dossier :	
Organisme de formation :	

Parcours de formation :

Intitulé de l'action de formation :	
Dates de début et de fin de formation :	**Du** **au**
Volume horaire présentiel transformé en distanciel	
Moyens mis en place pour la réalisation de l'action à distance et suivi pédagogique et technique	

Réalisation du parcours :

Nombre d'heures réalisées sur la période (**base de facturation**):	h

Détail des échanges entre le stagiaire et l'encadrement pédagogique :

Nombre de travaux obligatoires prévus (sur la période) :	
Nombre de travaux rendus (sur la période) :	
Nombre de réunions en tutorat (sur la période) :	
Nombre d'heures de formation en visio (sur la période) :	

Détail des évaluations du stagiaire à ce jour :

Nombre d'évaluations rendues (sur la période) :	

Cette attestation doit être déposée par l'organisme sur l'espace personnel accompagnée de la facture

Date : ……
Signature du stagiaire

Date : ……
Signature du représentant organisme

MODELE