

ATTESTATION DE PRESENCE EFFECTIVE AU BILAN DE COMPÉTENCES

BÉNÉFICIAIRE : Nom : Prénom : N° DOSSIER :

PRESTATAIRE : Nom de l'organisme prestataire et lieu d'intervention :

DATE	CONTENU ET OBJECTIFS DE LA SÉANCE	SÉANCE		TEST (intitulé)	DURÉE (H)	NOM DE L'INTERVENANT	PSY O/N	DURÉE (H)	SIGNATURE de l'intervenant	SIGNATURE du bénéficiaire
		Indi vid.	Coll.							

Le bénéficiaire atteste la réception d'une synthèse de son bilan de compétences : oui

non

Date :

Signature :

