Université de Lille
UFR3S-SSEP
9 rue de l'Université
59790 RONCHIN

ETAT D'EMARGEMENT INDIVIDUEL - MOIS DE :

(Remplir une fiche par stagiaire)

INTITULE : **Du** **au**

NOM - PRENOM DU STAGIAIRE : : **Durée totale :** **heures**

DATE	Tranche horaire		NOMBRE D'HEURES-STAGIAIRES	INTITULE DU MODULE DE FORMATION	Signature du stagiaire		NOM DU FORMATEUR	SIGNATURE DU FORMATEUR
	Matin (horaire : de …. h …. à …. h ….)	Après-midi (horaire : de …. h …. à …. h ….)			Matin	Après-midi		
TOTAL HEURES-STAGIAIRES								

Je soussigné(e) , certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus Cachet et signature de l'organisme

Le : / / à RONCHIN Signature : de formation