

**FEUILLE D'ÉMARGEMENT – FORMATION INTERNE**

**Intitulé de la formation :**

**Durée : jour, soit heures**

**Date :**

**Lieu :**

Prénom	NOM	Organisme	Signature	
			Durée Matin : h	Durée Après-Midi : h
Intervenant(s) Prénom	Intervenant(s) NOM			