RÉGION ACADÉMIQUE
GUADELOUPE
Liberté
Égalité
Fraternité

CAP METIERS DE LA COIFFURE
ATTESTATION DE PERIODE DE FORMATION EN MILLIEU PROFESSIONNEL
SESSION 2024

IDENTITE DU CANDIDAT (à remplir par le candidat)

☐ Mme ☐ Mle ☐ M.

Nom : ……..

Prénom : ……...

Né(e) le : …… à ……

IDENTIFICATION DE L'ORGANISME DE FORMATION

Nom de l'établissement :

Adresse :

Je soussigné (e), responsable de l'entreprise :

Raison sociale (nom) :

Adresse :

Certifie que Mme / Mle/ M .....……
(nom et prénom)

- **A effectué sous ma responsabilité une période de formation en entreprise**

D'une durée de …… semaines[1]

Du …… au ……

Du …… au ……

Du …… au ……

Dans les activités suivantes : ……

……..

……..

……..

Date : ..... **Signature du responsable** **Cachet entreprise** *(obligatoire)*

(1) 1 semaine à temps complet (soit 35 h effectives) équivaut à 5 jours de travail

Le candidat fournira autant d'attestation que de lieux de stage