

CAP METIERS DE LA COIFFURE
Attestation de Période de Formation en Milieu Professionnel
SESSION 2023

IDENTITE DU CANDIDAT (à remplir par le candidat)

Mme

Mlle

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 / Mlle / 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