

CAP METIERS DE LA COIFFURE

ATTESTATION DE PERIODE DE FORMATION EN MILLIEU PROFESSIONNEL

SESSION 2026

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