

## CAP METIERS DE LA COIFFURE

### Attestation de Période de Formation en Milieu Professionnel

#### 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<sup>(1)</sup>

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**