

ATTESTATION DE PRÉSENCE ET DE RÈGLEMENT

(Document à compléter par l'organisme de formation)

Je soussigné : **Mr VILLIER François**

Fonction : **Président**

(Nom du responsable de l'organisme de formation)

(fonction exacte)

de l'organisme de formation

Agence EBP

(Dénomination de l'organisme de formation)

déclaré en tant qu'organisme formateur sous le n°

9 | 3 | 8 | 4 | 0 | 3 | 6 | 6 | 3 | 8 | 4

(11 chiffres)

certifie par la présente que le stagiaire

Nom et prénom du stagiaire : **TURIQUE Barbie**

a bien assisté à la totalité de la formation intitulée :

(Indiquer l'intitulé exact de la formation)

Présentiel test

Date de la formation :

du | 30 | 10 | 2025

au | 30 | 10 | 2025

(indiquer la date de début et de fin de formation)

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| Nombre de jours entiers : | + Nombre de demi-journées : | Nombre total d'heures de formation : |
| 3 | 0 | 21 |
| (6 heures minimum) (3 heures minimum) | | |

Si formation se déroulant sur 2 années civiles, indiquez impérativement la durée distincte de chacune des années

| | | |
|--------------|-------------------|--------------------|
| Année : 2025 | Nbre de jours : 3 | Nbre d'heures : 21 |
| Année : | Nbre de jours : | Nbre d'heures : |

| | | |
|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nombre total d'heures de formation : | Nombre d'étapes validées : | Date d'évaluation finale : |
| | | |

Si formation se déroulant sur 2 années civiles, indiquez impérativement la durée distincte de chacune des années

| | | |
|---------|-----------------|-----------------|
| Année : | Nbre de jours : | Nbre d'heures : |
| Année : | Nbre de jours : | Nbre d'heures : |

J'atteste également que le stagiaire stipulé ci-dessus a bien réglé la totalité de sa participation à la formation précitée, soit un montant total de **150,00** HT et **150,00** TTC correspondant uniquement au coût pédagogique de la formation.

Pour les professions de santé : l'organisme de formation atteste que la durée en jours de la formation stipulée sur ce présent document (et pour laquelle une demande de prise en charge est constituée auprès du FIF PL) correspond à une durée en jours non facturée à l'ANDPC.

Fait à : **MODENE**

le : **03/11/2025**

Cachet obligatoire de l'organisme de formation

AGENCE EBP SAS
453 Route de Mazan - 84330 MODÈNE
Siret : 81C 338 792 00017 - APE : 5559A
Organisme de Formation enregistré
sous le N° : 93.84.03663.84

Nom, prénom et signature du responsable de l'organisme de formation ou de toute autre personne rattachée à l'organisme de formation ayant pouvoir ou délégation de signature

VILLIER François

Cette attestation de présence n'exclut pas l'obligation pour l'organisme de formation de tenir à la disposition du FIF PL les feuilles d'émergence, ainsi que les fiches d'évaluation de chaque stagiaire.

