

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 : EBP Test-259

a bien assisté à la totalité de la formation intitulée : Présentiel test
(Indiquer l'intitulé exact de la formation)

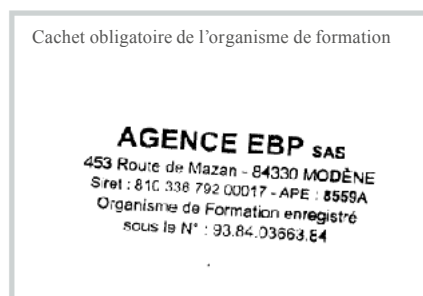
Date de la formation : du 01 01 2026 au 01 01 2026
(indiquer la date de début et de fin de formation)

Partie 1 et 2 à compléter si la formation est en blended-learning	Partie 1 à compléter si la formation est en présentiel	Nombre de jours entiers : <u>3</u> <small>(6 heures minimum)</small>	+ Nombre de demi-journées : <u>0</u> <small>(3 heures minimum)</small>	Nombre total d'heures de formation : <u>21</u>
	Si formation se déroulant sur 2 années civiles, indiquez impérativement la durée distincte de chacune des années Année : <u>2026</u> Nbre de jours : <u>3</u> Nbre d'heures : <u>21</u> Année : <u> </u> Nbre de jours : <u> </u> Nbre d'heures : <u> </u>			
Partie 2 à compléter si la formation est en e-learning	Nombre total d'heures de formation : <u> </u> Nombre d'étapes validées : <u> </u> Date d'évaluation finale : <u> </u>			
	Si formation se déroulant sur 2 années civiles, indiquez impérativement la durée distincte de chacune des années Année : <u> </u> Nbre de jours : <u> </u> Nbre d'heures : <u> </u> Année : <u> </u> Nbre de jours : <u> </u> Nbre d'heures : <u> </u>			

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 890,00 HT et 890,00 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 : MODÈNE
le : 04/05/2026



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'emargement, ainsi que les fiches d'évaluation de chaque stagiaire.

