**FEUILLE DE PRÉSENCE – FORMATION/PRESTATION - PROGICIELS ORPHÉE**

|  |
| --- |
|  **Médiathèque : Nom et Prénom du formateur : Signature du formateur :**  Par ma signature, j’atteste avoir dispensé la formation ci-nommée. |
|  |

Par ma signature, j’atteste par la présente avoir reçu la formation nommée ci-dessous

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM et Prénom****(en lettres capitales SVP)** | **Date séance****------/------/------** | **Date séance****------/------/------** |
| **Intitulé :** | **Intitulé :** | **Intitulé :** | **Intitulé :** |
|  **Matin** | **Après-midi** | **Matin** | **Après-midi** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |