

Logo de votre structure

(*de la même taille que l’autre logo*)

|  |  |
| --- | --- |
| **ATTESTATION DE SORTIE POSITIVE DE FORMATION** |  |

Je soussigné:  nom, prénom, qualité

représentant de l'organisme de formationnom de l’OF situé Adresse

atteste que: Prénom Nom du stagiaire

A suivi la formation : Nom de la formation dispensée du **X** au X d’un total de : Nombre d’heures H .

Et a :

Obtenu le diplôme / la certification / le titre professionnel précité

*(fournir l’attestation de l’organisme de formation, ou le diplôme et/ou la certification nominatifs, ou la liste des lauréats délivrée par les organismes certificateurs ou le procès-verbal du jury d’examen)*

Partipé à la formation non certifiante dans son intégralité

*(fournir l’attestation de l’organisme de formation)*

Participé à un minimum 80% du volume horaire total de formation

*(fournir l’ etat récapitulatif des heures de présences et si besoin des feuilles d’émargement du centre)*

Acquis d’un minimum de 80% des compétences requises au titre de cette formation

*(Attestation de l’organisme de formation, ou livret de formation du stagiaire, ou bulletin de notes ou résultats d’examens, ou bilan d’évaluation finale)*

Signé un contrat de travail avant le terme ou à l’issue de sa formation

*(fournir la copie du contrat de travail finalisé ou l’attestation de retour à l’emploi ou fiche de paie)*

A crée ou repris une entreprise avant le terme ou à l’issue de sa formation

*(fournir les éléments de déclaration de l’entreprise :* *immatriculation au CFE , ou extrait Kbis )*

S’est inscrit dans une autre formation continue à destination des demandeurs

d’emploi avant le terme ou à l’issue de sa formation

*(fournir* *l’attestation d’entrée dans la formation qualifiante ou attestation d’inscription dans l’établissement d’accueil )*

S’est inscrit dans le cadre d’un parcours de validation des acquis de l’expérience avant le terme ou à l’issue de sa formation *(fournir l’attestation du dépôt du dossier de la VAE ou avis de recevabilité du dossier de VAE)*

*Je certifie l’exactitude des éléments déclarés ci-dessus et atteste connaître les conséquences, y compris pénales, de toute fausse déclaration.*

*Je m’engage à transmettre les justificatifs afférents à chaque sortie positive.*

Fait à , le xxxxxxxxxx

*(Cachet de l'organisme et Nom Prénom*

*signature du représentant légal*)