

LE STAGIAIRE

Nom / Prénom :

Numéro de dossier :

L'ORGANISME EVALUATEUR REALISANT LA CERTIFICATION

Nom :

Adresse :

Code postal / Ville :

SIRET :

Coordonnées de facturation (si différentes) :

Nom :

Adresse :

Code postal / Ville :

SIRET :

Responsable de l'organisme :

Nom / Prénom :

Qualité :

LA CERTIFICATION CLEA

Intitulé :

☐ Socle de connaissances et compétences professionnelles

☐ Numérique

Type :

☐ Evaluation initiale

☐ Evaluation finale

BILAN DE L'EVALUATION ET DU MONTANT SOLLICITE

Prévisionnel (voir arrêté attributif)

Date de début	Date de fin	Nombre d'heures	Montant forfaitaire (€)	Montant de l'aide attribuée (€)

Réalisé

Date de début	Date de fin	Nombre d'heures	Montant forfaitaire (€)	Montant de l'aide demandée (€)

PIECES A PRODUIRE : RIB de moins de trois mois au nom de la structure (votre site de facturation), et attestation des heures réalisées en centre.

La certification a-t-elle été obtenue : oui ☐ non ☐

Si non, le candidat poursuit-il sur une formation ? oui ☐ non ☐ Préciser :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations contenues dans ce document.

Date :

Cachet et signature du représentant de l'organisme évaluateur
(Si délégataire, joindre la délégation de signature)

