Association Nationale des Visiteurs de Prison

FEUILLE D'ÉMARGEMENT

LA FORMATION :……
Intitulé:---……

Lieu : …..... Commune : …..

Date :.....
Nombre d'heures :… heures

LE FORMATEUR

NOM(S) : …..

SIGNATURE(S) :.....

Nom	Prénom	Établissement	Signature – Matin	Signature - Après Midi