

ATTESTATION DE FIN DE FORMATION

Conforme à l'article L. 6353-1 du Code du travail

N° ATF-[ANNÉE]-[N°]

L'Association IMP INTERNATIONAL, organisme de formation enregistré sous le numéro 11 75 75 71 275 auprès de la DREETS Île-de-France,

atteste que :

Nom	[NOM]
Prénom(s)	[PRÉNOM]
Date de naissance	[JJ/MM/AAAA]
Lieu de naissance	[VILLE, DÉPARTEMENT]

a suivi l'action de formation professionnelle intitulée :

« [INTITULÉ COMPLET DE LA FORMATION] »

Nature de l'action	Action de formation (article L. 6313-1 du Code du travail)
Catégorie	[Action de formation / Action concourant au développement des compétences / Bilan / VAE]
Objectifs pédagogiques	[Description synthétique des objectifs ciblés — à reprendre de la fiche programme]
Durée totale	[NOMBRE] heures
Date de début	[JJ/MM/AAAA]
Date de fin	[JJ/MM/AAAA]
Modalité	[Présentiel / Distanciel (FOAD) / Mixte]
Lieu(x) d'exécution	[Adresse(s)]
Nom du/des formateur(s)	[Prénom NOM — qualification]

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DES ACQUIS

Les acquis du/de la stagiaire ont été évalués selon les modalités prévues au programme :

Évaluation continue (QCM quotidiens)	Moyenne obtenue : ____ / 20
Évaluation finale (QCM de 60 questions)	Note obtenue : ____ / 60 (____ / 20)
Évaluation pratique / mises en situation	Acquise <input type="checkbox"/> Partiellement acquise <input type="checkbox"/> Non acquise <input type="checkbox"/>
Moyenne générale	____ / 20

APPRÉCIATION GLOBALE

VALIDATION TOTALE DE LA FORMATION

L'ensemble des objectifs opérationnels est atteint. Le/La stagiaire est déclaré(e) validé(e) pour la totalité du parcours.

VALIDATION PARTIELLE

Modules validés : [à lister]. Modules restant à valider : [à lister]. Préconisation : [redoublement / complément / présentation ultérieure].

FORMATION SUIVIE — NON VALIDATION DES ACQUIS

Le/La stagiaire a suivi la formation mais n'a pas atteint le niveau requis. Une attestation de suivi est délivrée.

PRÉSENTATION À LA CERTIFICATION (le cas échéant)

Certification visée	[Titre / diplôme / certification — Code RNCP / RS si applicable]
Certificateur	[Ministère / organisme certificateur]
Présentation autorisée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non — Motif en cas de non-présentation : [____]
Date de l'examen	[JJ/MM/AAAA]
Résultat final	<input type="checkbox"/> Admis(e) <input type="checkbox"/> Ajourné(e) — à actualiser après délibération du jury

SIGNATURE ET VALIDATION**LA RESPONSABLE PÉDAGOGIQUE***rp@imp-international.com*

Fait à Paris, le : ___ / ___ / _____

*Signature et cachet :***LA PRÉSIDENTE***IMP INTERNATIONAL*

Fait à Paris, le : ___ / ___ / _____

Signature et cachet :

Cette attestation est délivrée conformément à l'article L. 6353-1 du Code du travail. Elle ne constitue pas un diplôme d'État et ne vaut qu'au titre de la validation pédagogique interne à l'organisme de formation.

Document à conserver pendant 5 ans par le stagiaire. Duplicata remis sur demande écrite.