



Je soussigné(e) : DOE Jane

Représentant légal de l’organisme de formation : {{organism.name}}

Atteste que : {{attendee.firstName}}

A bien suivi l’action de formation : {{training.title}}

* Date de début : {{training.sessionStartDate}}
* Date de fin : {{training.sessionEndDate}}
* Durée prévue de la formation : {{training.indicativeDuration}} heures
* Lieu de la formation : {{registrationFolder.sessionCity}}
* Numéro de convention apprenant : {{registrationFolder.externalId}}

A été assidu(e) à hauteur de {{registrationFolder.completionRate}}% de la formation conformément au programme pédagogique préétabli.

{{attendee.firstName}} {{attendee.lastName}} a suivi de manière effective la formation durant {{training.indicativeDuration}} heures.

