

## FEUILLE D'ÉMARGEMENT BILAN DE COMPÉTENCES

**BÉNÉFICIAIRE :**

N° de dossier : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du stagiaire : \_\_\_\_\_

**PRESTATAIRE :**

Nom de l'organisme prestataire et lieu d'intervention : \_\_\_\_\_

Nom du conseiller référent : \_\_\_\_\_

Nom du conseiller (regard pluriel) : \_\_\_\_\_

**Dates du bilan :** du \_\_ / \_\_ / \_\_ au \_\_ / \_\_ / \_\_

DATE	DURÉE (H)	Étapes (Engagement, test, synthèse...)	SÉANCE		SIGNATURE de l'intervenant	SIGNATURE du bénéficiaire
			Indiv. En face à face	Coll. Atelier *		
<b>TOTAL</b>						

\* Hors recherches documentaires

**Seules les heures réalisées et attestées feront l'objet d'un financement du Fongecif Occitanie.**

 Le bénéficiaire atteste de la réception d'une synthèse de son bilan de compétences :  **oui**  **non**  
(article R6322-38)

Fait à ..... le .....

Signature du bénéficiaire :
Signature du responsable  
et cachet de l'organisme :