**Université Claude Bernard Lyon 1**

**FEUILLE INDIVIDUELLE DE PRESENCE**

**Reprise d’études financées**

**Année Universitaire 2021/2022** - **Mois de :** …………………………………

**Stagiaire :**

**Intitulé de la formation :**

**FOCAL Antenne Sciences**

13 Bd Latarjet 69622 VILLEURBANNE cedex

N° de déclaration d’activité : 82 69 P0001 69

**suiviref@univ-lyon1.fr**

***Cette feuille doit parvenir au Service de Formation Continue et Alternance (FOCAL) impérativement avant le 2 du mois suivant***.

**NB : Comme l’exige la règlementation du Code du Travail et de la formation professionnelle, ce document est *à faire signer par le stagiaire et l'enseignant le matin ET l’après-midi*, pour chaque demi-journée de cours à l’Université, examens compris. Il doit être numérisé par mail à** **suiviref@univ-lyon1.fr****, ou, à défaut, par voie postale (adresse ci-contre).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **MATIN** | **APRES-MIDI** | **A compléter par le stagiaire** |
| **Date** | **Signature du stagiaire** | **Signature de l’enseignant** | **Signature du stagiaire** | **Signature de l’enseignant** | **Total heures** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL MENSUEL A compléter par le stagiaire** |  |

**En cas d’absence merci de préciser dans tous les cas : Maladie : M / Autres : A**

**ET joindre le(s) justificatif(s) d’absence à ce formulaire. Signature du stagiaire : Le ……………………………..**