Université ;
Etablissement ; Institut Privé des Hautes Etudes à SOUSSE

FEUILLE DE PRESENCEEN LIEU DE STAGE OBLIGATOIRE
OU DE LA FORMATION PAR ALTERNANCE

Nom et Prénom du Stagiaire :…….

Date du Stage…….…….

_____

L'Encadrant Professionnel (ou le Responsable de la Structure d'accueil)

Nom et Prénom :……..

Fonction :……..

Année Universitaire : 2020 - 2021

Dates (au jour le jour)	Horaires journaliers	Observations journalières (assiduité, ponctualité…)	Tâche(s) effectuée(s)	Total heures	Signature du stagiaire	Signature du tuteur