



25, rue Leconte de Lisle
CS 31014
97872 SAINT-LOUIS CEDEX
Tél. 0262 91 28 30 Fax 0262 26 18 40
Email : ce.9740004L@ac-reunion.fr
Web : lp-roches-maigres.ac-reunion.fr

Attestation des Périodes de Formation en Milieu Professionnel (PFMP) Baccalauréat professionnel

Session

NOM et prénom de l'élève :

<p>PMFP N° 1 Du Au Soit semaines</p>	<p><i>Professeur responsable :</i> <u>Nom :</u></p> <p><i>Signature</i></p>	<p><u>Entreprise (cachet) :</u> Signature :</p> <p>Nom du tuteur Qualité.....</p> <p>Atteste que l'élève nommé ci-dessus a effectué une période de formation de semaines, avec jours d'absence.</p>
<p>PMFP N° 2 Du au Soit Semaines</p>	<p><i>Professeur responsable :</i> <u>Nom :</u></p> <p><i>Signature</i></p>	<p><u>Entreprise (cachet) :</u> Signature :</p> <p>Nom du tuteur Qualité.....</p> <p>Atteste que l'élève nommé ci-dessus a effectué une période de formation de semaines, avec jours d'absence.</p>
<p>PMFP N° 3 Du au Soit semaines</p>	<p><i>Professeur responsable :</i> <u>Nom :</u></p> <p><i>Signature</i></p>	<p><u>Entreprise (cachet) :</u> Signature :</p> <p>Nom du tuteur Qualité.....</p> <p>Atteste que l'élève nommé ci-dessus a effectué une période de formation de / semaines, avec jours d'absence.</p>
<p>PMFP N° 4 Du au Soit semaines</p>	<p><i>Professeur responsable :</i> <u>Nom :</u></p> <p><i>Signature</i></p>	<p>Entreprise (cachet) : Signature :</p> <p>Nom du tuteur Qualité.....</p> <p>Atteste que l'élève nommé ci-dessus a effectué une période de formation de semaines, avec jours d'absence.</p>

Date :

Signature du chef d'établissement

Cette attestation doit être OBLIGATOIREMENT renseignée et transmise au centre de délibération du jury. Son absence ne permet pas la délivrance du diplôme.