**CERTIFICAT DE RÉALISATION**

Je soussigné XXX, représentant légal du dispensateur de l’action concourant au développement des compétences :

ADRESSE  
Numéro SIRET : XXX

atteste que :

Mme/M. « Nom du stagiaire »

salarié(e) de l’entreprise « Raison sociale »

à suivi l’action de formation « Nom de la formation »

Nature de l’action concourant au développement des compétences :

* Action de formation
* Bilan de compétences
* Action de VAE
* Action de formation par apprentissage

qui s’est déroulée du « Date de début formation » au « Date de fin formation »

pour une durée de « Durée de la formation » heures.

Sans préjudice des délais imposés par les règles fiscales, comptables ou commerciales, je m’engage à conserver l’ensemble des pièces justificatives qui ont permis d’établir le présent certificat pendant une durée de 3 ans à compter de la fin de l’année du dernier paiement. En cas de cofinancement des fonds européens, la durée de conservation est étendue conformément aux obligations conventionnelles spécifiques.

Fait à : XXX

Le : XXX

Signature