

**ATTESTATION  
DE PERIODE DE FORMATION  
EN MILIEU PROFESSIONNEL  
ANNEE SCOLAIRE 2025-2026**

Classe : \_\_\_\_\_

**L'entreprise (ou l'organisme d'accueil) :**

Raison sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Représentée par \_\_\_\_\_

**Atteste que l'élève désigné ci-dessous :**

NOM Prénom : \_\_\_\_\_

scolarisé au: Lycée Professionnel DESCARTES  
1575 Boulevard Nelson MANDELA B.P 194 76401 FECAMP Cedex  
Tél / Fax: 02 35 10.24.24 / 02.35.10.24.29  
Mail: ce.0760035a@ac-normandie.fr

Représenté par son proviseur : Monsieur Régis MICHAUD

**A effectué une période de formation en milieu professionnel dans notre entreprise ou organisme,**

Du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Soit \_\_\_\_ semaines

**Nombre de jours de présence effectifs\* : \_\_\_\_\_ jours**

*(\*Indemnisation de l'Etat en fonction des jours réellement travaillés en entreprise ;  
les jours fériés ou les arrêts maladie ne doivent pas être comptabilisés)*

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

*Signature et cachet de l'entreprise ou de l'organisme d'accueil,*