IFAPME *Institut wallon de Formation en Alternance et des indépendants et Petites et Moyennes Entreprises*	**CENTRE DE :**	**CHEF D'ENTREPRISE**

Profession : **FORMATION MODULAIRE CONTINUE** : .....

Indice : Session du : / / au : / /

N°	LIEU ET DATE DE NAISSANCE	NOM – PRENOM – ADRESSE		**Evaluation sur :..... pts**	
				1ère session	2ème session
			M F (1)		
			M F (1)		
			M F (1)		
			M F (1)		
			M F (1)		
			M F (1)		
			M F (1)		

RESULTATS
Etabli par le Centre, vérifié et certifié exact le : Signature :

(1) Biffer la mention inutile.