



## Décharge de responsabilité

Lorsqu'un stagiaire souhaite quitter une formation avant sa fin, décharge à compléter et à remettre au formateur.

Intitulé de la formation :

Prénom, Nom :

Entreprise :

Dates et lieu de la formation :

Je soussigné (e) :

Mme  M.

certifie être obligé (e) de quitter la formation à \_\_\_\_\_ h

pour raison :

- De service
- Personnelle
- De santé

Je certifie partir de ma propre initiative et décharge, en conséquence, Mme Florence Lhote, **FORM'ALLIANCE**, de toute responsabilité relative à cette absence.

J'en ai informé ma hiérarchie et obtenu son accord  oui  non

Nom du responsable ayant autorisé l'absence :

Fait à

Le

Signature

FORM'ALLIANCE  
DR/2023/01/30

9 rue de Condé 33064 Bordeaux Cedex  
Tél. 06 60 86 92 69 / fillhote@wanadoo.fr

Siret : 48953034500029 / APE : 8559B / Numéro de déclaration d'activité : 72330922333