

CERTIFICAT DE REALISATION

Je soussigné(e) : *Fabienne COSTA – responsable de formation*

Représentant légal du dispensateur de l'action concourant au développement des compétences : AFPA 366 avenue Georges Durand 72100 LE MANS

atteste que :

Mme/M. : *TRAORE Fousseni*

salarié(e) de l'entreprise : *LIP LAVAL*

A suivi l'action de formation : *TST BT SOU CIS*

Nature de l'action concourant au développement des compétences :

- ☒ action de formation¹
- ☐ bilan de compétences
- ☐ action de VAE
- ☐ action de formation par alternance

qui s'est déroulée du **27/04/2026** au **29/04/2026**

pour une durée totale de **21 heures**.²

Sans préjudice des délais imposés par les règles fiscales, comptables ou commerciales, j'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 Le Mans

Le : 29/04/2026

Cachet et signature
du responsable du dispensateur de formation
(nom, prénom, qualité)
Fabienne COSTA
responsable de formation



² Dans le cadre des formations distance prendre en compte la réalisation des activités pédagogiques et le temps estimé pour les réaliser.

