MINISTÈRE
DU TRAVAIL
*Liberté*
*Égalité*
*Fraternité*

ATOUT CONSEIL

110 ALLEE PAUL LANGEVIN – ZA LAVALDUC 13270 FOS SUR MER

# CERTIFICAT DE REALISATION

**Je soussigné(e)** *(prénom et nom)* M. Jean-François VIDMANN

**représentant légal du dispensateur de l'action concourant au développement des compétences** *(raison sociale du dispensateur de formation ou de l'employeur en cas de formation interne)*, SARL ATOUT CONSEIL

**atteste que :**

Mme/M. *(nom et prénom du bénéficiaire)* ....Di TUTRI ..... DE ..... SOUZA...

salarié(e) de l'entreprise *(raison sociale)* ..... LIP NUCLEAIRE .....

a suivi l'action *(intitulé)*.....

..... CACES R486 gr. B .....

*Nature de l'action concourant au développement des compétences :*

- X action de formation
- ☐ bilan de compétences
- ☐ action de VAE
- ☐ action de formation parapprentissage

qui s'est déroulée du ..27/10/26... au ...29/10/26. *(dates)*

pour une durée totale de .....21H00..... *(nombre d'heures réalisées ou, s'agissant d'une formation par apprentissage, nombre de mois réalisés).*[1]

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 : FOS SUR MER

Le : .....29/10/26..

Cachet et signature
du responsable du dispensateur de formation
*(nom, prénom, qualité du signataire)*
*VIDMANN JEAN FRANCOIS, Gérant*

ATOUT CONSEIL
ZA LAVALDUC - 110 Allée Paul LANGEVIN
13270 FOS SUR MER
Tél : 04 42 05 51 57 - Fax : 04 42 05 21 94
E-mail : formation@atout-conseil.fr
Siret : 448 696 567 00024 - APE 7022Z