

**ATTESTATION INDIVIDUELLE de FORMATION PROFESSIONNELLE  
DANS LE CAS OÙ ELLE EST DISPENSÉE PAR LE DIRIGEANT**

❖ **M. / Mme** (1) : -----  
(nom et prénom)

❖ **en qualité de représentant légal de** : -----  
(nom de l'entreprise, de l'établissement)

**A T T E S T E**

❖ **que M. / Mme** (1) : ----- **né(e) le** : -----

❖ **demeurant à** : -----

(1) *barrer les mentions inutiles*

**A SUIVI UNE FORMATION D'UNE DURÉE DE:** **16 heures**

du : ----- au : -----

portant sur la législation et la réglementation funéraire, l'hygiène et la sécurité ainsi que la psychologie et la sociologie du deuil

**POUR LA FONCTION D'AGENT D'EXÉCUTION DE LA PRESTATION FUNÉRAIRE: (2)**

*Porteurs* -  *Chauffeurs de véhicules funéraires* -  *Fossoyeurs*

(2) **cocher la ou les fonctions concernées**

Fait à : -----

Le : -----

SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE DE L'ATTESTATION

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL  
TAMPON DE L'ENTREPRISE