

BTS Services Informatiques aux Organisations

SIO

Attestation de stage Session 20

Option

- Solutions Logicielles et Applications Métier (SLAM)
 Solutions d'Infrastructure Systèmes et Réseaux (SISR)

Le ou la responsable de l'organisation d'accueil certifie que :

NOM et prénom du candidat :

Date et lieu de naissance :

a suivi un stage conformément aux dispositions réglementaires en vigueur :

Du :

au :

Soit d'une durée de semaines

Dans l'organisation :

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

Le tuteur de l'organisation d'accueil certifie que les situations professionnelles, vécues ou observées, présentées par le ou la stagiaire dans son portefeuille de compétences professionnelles listées ci dessous ont bien été réalisées dans le cadre de son stage :

- Oui
 Non

Intitulé de la situation professionnelle

Activités du référentiel concernées

Fait à :

Le :

Cachet de l'organisation

Nom et signature du responsable de l'établissement

Nom et signature du tuteur