



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



CERTIFICAT DE REALISATION

Je soussigné(e) (*prénom et nom*) **MR. DI NARDO LAURENT**.....

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*), **ECOLE DE SOPHROLOGIE PACA**.....

atteste que :

Mme/M. (*nom et prénom du bénéficiaire*) **BARBIER Florence**.....

salarié(e) de l'entreprise (*raison sociale*)

a suivi l'action (*intitulé*).....
SOPHROLOGUE.....

Nature de l'action concourant au développement des compétences :

- action de formation ¹
- bilan de compétences
- action de VAE
- action de formation par apprentissage

qui s'est déroulée du **26/10/2024**..... au **12/10/2025**..... (*dates*)

pour une durée de **400,00**..... (*nombre d'heures réalisées ou, s'agissant d'une formation par apprentissage, nombre de mois réalisés*).²

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 : **AUBAGNE**.....

Le : **12/10/2025**.....

Cachet et signature
du responsable du dispensateur de formation

Ecole de Sophrologie P.A.C.A.

100 Ch. de l'Aumône Vieille
Actiburo 3B - 13400 Aubagne

04 13 12 52 59
Siret 514 086 198 00041 - Naf 8559A

¹ Lorsque l'action est mise en œuvre dans le cadre d'un projet de transition professionnelle, le certificat de réalisation doit être transmis mensuellement.

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