Institut des Sciences & Techniques de la Readaptation (ISTR)
Université Claude Bernard Lyon 1
Département de masso-kinésithérapie
https://str.univ-lyon1.fr

Dép Masso-Kiné- Pôle Transverse ISTR
rachel.boutard@univ-lyon1.fr
04 78 77 87 69

FormaSup
AIN • RHÔNE • LOIRE
La Manufacture de l'Alternance

66 avenue Jean Mermoz-69008 LYON
Déclaration d'activité n° 84691657569 (Rhône)

FEUILLE INDIVIDUELLE DE PRESENCE ALTERNANCE 2025/2026

Stagiaire : _____ **Mois de :** _____

Intitulé de la formation : Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute- Contrat d'apprentissage

Nom de l'organisme de formation : IFMK LYON-Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation Université Claude Bernard LYON 1

Lieu(x) de la formation : Université Claude Bernard LYON 1 Campus Laënnec-La Buire/ Campus Rockefeller

NB : Comme l'exige la règlementation du Code du Travail et de la formation professionnelle, ce document est *à faire signer par l'étudiant et l'enseignant à chaque cours*, examens compris.

Date	Horaires de l'UE début et fin	Nom de l'UE et intitulé du cours	Signature du stagiaire	Nom et Signature de l'enseignant	A compléter par le stagiaire Total heures

Institut des Sciences & Techniques de la Réadaptation (ISTR)
Université Claude Bernard Lyon 1
Département de masso-kinésithérapie
https://istr.univ-lyon1.fr

Dép Masso-Kiné- Pôle Transverse ISTR
rachel.boutard@univ-lyon1.fr
04 78 77 87 69

FormaSup
AIN I RHÔNE I LOIRE
La Manufacture de l'Alternance

66 avenue Jean Mermoz-69008 LYON
Déclaration d'activité n° 84691657569 (Rhône)

Date	Horaires de l'UE début et fin	Nom de l'UE et intitulé du cours	Signature du stagiaire	Nom et Signature de l'enseignant	A compléter par le stagiaire Total heures

TOTAL MENSUEL : _____

En cas d'absence merci de préciser dans tous les cas : Maladie : M / Entreprise : E / Autres : A ET joindre le(s) justificatif(s) d'absence.

Signature du stagiaire :

Date :_____

Cadre réservé à l'administration

Date :_____

Cachet :