

**Choix de la Formation :**  
TITRE Conseiller Commercial

**Date du jour :**  
26/11/2025

**Formations :**  
TITRE Conseiller Commercial

**Lieu de formation**  
Soissons

**Date de Début :**  
05/11/2025

**Date de Fin :**  
05/11/2025

**Durée en Heures :**  
7

**Nombres de jours :**  
1

**Horaires matin :**  
09:00 à 12:00

**Horaires Après-midi :**  
13:00 à 17:00

**Nombre d'apprenant :**  
1

## Apprenant.e.s :

### Validation Apprenant 1 :

- Je soussigné(e), **Mathide LAFOLIE**,

certifie sur l'honneur ma présence à cette session de formation. Je reconnais que cette signature électronique a la même valeur juridique qu'une signature manuscrite et engage ma responsabilité.

**Matin :**



**Après-midi :**



## En ma qualité de formateur/trice,

**Formateur :**  
Régis GREGOIRE

### Validation formateur :

- Je soussigné(e), **Régis GREGOIRE**,

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées sur la présente feuille d'émargement, notamment la liste des apprenants et les horaires de présence.

**Formateur Matin**



**Formateur Après-midi**



**E-mail - F**  
[masterformations@gmail.com](mailto:masterformations@gmail.com)



**Régis GRÉGOIRE**

Directeur général du groupe  
Direction | **Master Formations**

**Tél :** 06 50 03 95 05

**Email :** [contact@masterformations.fr](mailto:contact@masterformations.fr)

