

**ATTESTATION DE FORMATION PROFESSIONNELLE**  
**Véhicules de protection**

Nom : **ROLLAND**

Prénom : **Quentin**

Date de naissance : **09/08/1997**

Adresse :

**8 B RUE DE LA RAVICOLE  
26140 ANDANCETTE**

Formation initiale (FIP) :

Réussite au test final d'évaluation

Formation continue (FCP) :

Signature du titulaire :

Attestation délivrée par :

**AFTRAL Saint Quentin Fallavier  
70 BOUCLE DE LA RAMEE**

**38070 ST QUENTIN FALLAVIER**

Centre agréé par décision administrative du :

**08/02/2011**

Nom du responsable du centre de formation agréé :

**SOULAGE Dominique**

Date de délivrance de l'attestation : **05/03/2026**

Cachet et signature :

