



LABEL QUALITE FRANÇAIS LANGUE ETRANGERE



Document de visite d'audit (DVA)

Nom du centre :

Adresse :

Date et heure d'ouverture de la mission d'audit :

Nom et prénom du directeur ou de son représentant	Nom et prénom de l'auditeur responsable de l'audit	Nom et prénom du co-auditeur
Signature	Signature	Signature

Date et heure de clôture de la mission d'audit :

J'atteste sur l'honneur n'avoir constaté pendant la mission d'audit aucun conflit d'intérêt incompatible avec la mission des auditeurs.

Nom et prénom du directeur ou de son représentant	Nom et prénom de l'auditeur responsable de l'audit	Nom et prénom du co-auditeur
Signature	Signature	Signature

Observations éventuelles :

(Liste des indicateurs non pertinents et non conformes à la date de l'audit)

Nom(s) et prénom(s), signature(s)

- ⇒ *Faire deux photocopies du document : une destinée au centre, l'autre à l'auditeur responsable de l'audit.*
- ⇒ *Le document original est conservé par l'auditeur responsable de l'audit pour restitution au CIEP.*