

Convention établie le :

Par :

Remise au stagiaire

Adressée par : COURRIER

MAIL

Date de relance :

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE EMPLOYEUR
Année Universitaire 2023-2024

(À COMPLETER PAR L'ENTREPRISE)

INTITULE DU DIPLOME :

L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE :

Représentée par :

Fonctions :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Tél :

N° SIRET :

Code APE :

(obligatoires)

Coordonnées de la personne chargée du suivi de la convention :

NOM et Prénom :

Tél :

Courriel :

@

Adresse de facturation (si différente de l'adresse indiquée ci-dessus)

RAISON SOCIALE :

Adresse :

Code postal :

Commune :

EN CAS DE SUBROGATION, JOINDRE **IMPERATIVEMENT LE JUSTIFICATIF**

Salarié inscrit en qualité de salarié CIF salarié sur le plan de formation autre :

LE STAGIAIRE

NOM DE FAMILLE :

NOM D'USAGE :

Prénom :

Né(e) le :

à :

Adresse :

Code postal :

Commune :

PAYS :

Tél :

Courriel :

@

Je soussigné(e) :

Directeur, responsable de l'entreprise m'engage à prendre en charge les frais de formation du salarié :

M.....

Dans le cadre du diplôme postulé dont le montant s'élève à :€ (frais de formation par an)

Facturation en fin de formation Facturation par année civile

Les relevés de présence doivent vous être remis signés du responsable d'enseignement par votre salarié

(Cachet obligatoire de l'organisme) Fait à

, le
Signature du responsable

Attention : N'insérer aucun chèque dans le dossier d'inscription du candidat.

A réception de cet engagement, une convention de formation continue vous sera adressée pour signature. Le montant engagé devra être directement réglé à l'Agent Comptable de l'Université, après réception de la facture.