

ATTESTATION EMPLOYEUR

ANNEE UNIVERSITAIRE 2024/2025

Nom de l'employeur :

Je soussigné(e) :

Représentant l'employeur en qualité de :

Ne prend pas en charge les frais de formation :

..... (intitulé de la formation)

de (nom et prénom du stagiaire)

Pour suivre sa formation, le stagiaire (cocher la case correspondante)

posera des jours de congé, RTT

posera des jours de formation

sera remboursé sur présentation de facture

autre, précisez

Date :

Cachet et signature de l'employeur :