

**FORMATION PROFESIONNELLE COURTE  
LASER ET PEAU**

**A compléter par le PROFESSIONNEL DE SANTÉ SALARIÉ**

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM MARITAL : .....  
 Prénoms : .....  
 Né(e) le : ..... à : ..... Nationalité : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 Téléphone : ..... Courriel : ..... @ .....

**A compléter impérativement par L'EMPLOYEUR OU L'ORGANISME  
PRENANT EN CHARGE LA FORMATION**

NOM de l'entreprise ou de l'organisme : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 Téléphone : ..... Courriel : ..... @ .....  
 N° SIRET : ..... Code APE : .....

Je soussigné(e), M .....  
 Directeur de l'entreprise ou de l'organisme, m'engage à prendre en charge les frais de formation de  
 M.....  
 dans le cadre de la **formation professionnelle courte** intitulée : **LASER ET PEAU du 20.03. au 22.03.2024** dont le montant  
 s'élève à : **700 euros**.

Fait à ....., le .....

**(Cachet obligatoire de l'organisme)**

Signature du Directeur de l'entreprise ou de l'organisme :

**Attention : Aucun chèque n'est à joindre à ce document.**

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 AMU, après réception de la facture.