

FORMATION COURTE :

A compléter par le PROFESSIONNEL DE SANTE SALARIE

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 courte** intitulée :
 dont le montant s'élève à : **euros**

Fait à, le

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

(Cachet obligatoire 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.