

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE POUR LES PUBLICS FORMATION CONTINUE

Nom de la formation :

Stagiaire :

Civilité :

Nom patronymique (de naissance) :

Nom d'usage :

Prénom :

Avez-vous demandé une prise en charge de votre formation ? : oui non

- Si OUI préciser à quelle date ou mois la décision vous sera notifiée :

Indiquer auprès de quel organisme en cochant une case ci-dessous :

Employeur (Pensez à nous transmettre accord de prise en charge ci-dessous)

ASSEDIC, FONGECIF ou autre OPACIF, OPCA professions libérales,

Affaires médicales Autres (préciser) :

Nom de la structure :

Nature juridique (SA, SARL, etc...)

Adresse 1 :

Adresse 2 :

CP :

Ville :

N° téléphone :

N° de télécopie :

N° SIRET : *champ obligatoire pour la France*

Le directeur de l'organisme, l'employeur ou la personne ayant délégation de signature ci-dessous :

Nom et Prénom :

Fonction :

Nom de la personne en charge du suivi du dossier :

Téléphone :

Mail :

Adresse de facturation (indiquer si différente de celle ci-dessus) :

Date :

Signature et cachet (pour établissement)