

Je ne suis pas concerné(e) par ce document car les frais de formation sont réglés par mes soins.

Formation Continue
ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
Année universitaire 2021-2022

Collège Sciences de la Santé

Intitulé du diplôme :

A compléter par le / la STAGIAIRE

Mme M

NOM DE FAMILLE : NOM D'USAGE :

Prénom(s) : Date de naissance :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE : PAYS :

Téléphone : E-mail :

Pour le règlement de la facture, je m'engage à fournir à l'UMFCS (Unité Mixte de Formation Continue en Santé), mes relevés de présence en formation et/ou en stage pratique à chaque fin de mois.

Le financement par un OPCO ou l'employeur porte sur les heures de présence effectives du stagiaire à la formation qui s'engage à verser le solde dû correspondant aux heures d'absence.

Fait à, le

Signature du stagiaire

A compléter par L'EMPLOYEUR

NOM de l'employeur :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE : PAYS :

Téléphone : E-mail :

Siret :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Je soussigné(e),, représentant (nom de l'employeur)..... en qualité de (fonction)....., atteste prendre en charge les frais de formation continue relatif au diplôme suivant : concernant (nom du stagiaire) dont le montant s'élève à et n'incluant pas les frais d'inscription à l'Université.

Fait à, le

Signature,

Cachet obligatoire de l'employeur

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