

Collège Sciences de la Santé

Intitulé de la formation :

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 :

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 à la formation suivante : concernant (nom du stagiaire)dont le montant s'élève à.....

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.

UMFCS : 146 rue Léo Saignat - Case 18 – CS 61292 - 33076 Bordeaux cedex – fmc@u-bordeaux.fr

