université de BORDEAUX

Formation Continue
ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

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 <u>heures de présence effectives</u> 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