

**AUTORISATION DE L'ETABLISSEMENT  
LIEU DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE**

Je soussigné(e) : .....

Représentant l'Établissement : .....

Adresse : .....

.....  
.....

Autorise (Nom du salarié) : .....

(Date d'entrée en fonction dans l'établissement : .....

A suivre une formation pour l'obtention du *Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale*,

Du 1<sup>er</sup> octobre 2017 au 31 octobre 2019

Statut du (de la) candidat(e) – avec dates de début et fin du ou des contrats

- en 1<sup>ère</sup> année de formation (2017-2018) : .....

- en 2<sup>ème</sup> année de formation (2018-2019) : .....

**Prise en charge financière des frais de formation :**

Coût pédagogique : 7 260,00 €(400 heures formation théorique)

**1<sup>ère</sup> année : 3 430,35 € - Paiement assuré par :**

➡ • l'établissement : OUI  NON

**Indiquer type de prise en charge / nom et coordonnées de l'organisme financeur :**  
*(contrat de professionnalisation, CIF, Plan de formation, autres...)*

.....  
.....  
.....

*(Joindre une attestation de l'employeur et/ou justificatif de l'organisme financeur)*

**La facture devra être adressée directement à :**

- l'établissement employeur OUI  NON
- l'organisme financeur OUI  NON

☞ • le stagiaire :

OUI  NON

**Indiquer type de prise en charge / nom et coordonnées de l'organisme financeur qui sera facturé :**  
(autofinancement, Pôle emploi, autres...)

.....  
.....  
.....

**(Joindre attestation personnelle du stagiaire et/ou justificatif des organismes financeurs)**

**INFORMATION à l'attention des candidats bénéficiaires d'un financement spécifique de leurs droits d'inscription et frais de scolarité (AIF, CIF CDD...) :**

**En cas de non prise en charge par l'organisme financeur, les personnes concernées devront prendre en charge les frais inhérents à leurs éventuelles heures d'absences justifiées ou injustifiées**

**La facture devra être adressée directement :**

- au stagiaire OUI  NON
- Autres (préciser ) OUI  NON

- 2<sup>ème</sup> année : 3 829,65 € - Paiement assuré par :

☞ • l'établissement :

OUI  NON

**Indiquer type de prise en charge / nom et coordonnées de l'organisme financeur :**  
(contrat de professionnalisation, CIF, Plan de formation, autres...)

.....  
.....  
.....

**(Joindre une attestation de l'employeur et/ou justificatif de l'organisme financeur)**

**La facture devra être adressée directement à :**

- l'établissement employeur OUI  NON
- l'organisme financeur OUI  NON

➔ • le stagiaire :

OUI  NON

**Indiquer type de prise en charge / nom et coordonnées de l'organisme financeur qui sera facturé :**  
(autofinancement, Pôle emploi, autres...)

.....  
.....  
.....

***INFORMATION à l'attention des candidats bénéficiaires d'un financement spécifique de leurs droits d'inscription et frais de scolarité (AIF, CIF CDD...) :***

***En cas de non prise en charge par l'organisme financeur, les personnes concernées devront prendre en charge les frais inhérents à leurs éventuelles heures d'absences justifiées ou injustifiées***

**(Joindre attestation personnelle du stagiaire et/ou justificatif des organismes financeurs)**

**La facture devra être adressée directement :**

- au stagiaire OUI  NON
- Autres (préciser) OUI  NON

A....., le .....

Signature du responsable d'établissement  
et cachet de l'Établissement

Signature du candidat,