

**Autorisation de l'établissement lieu
de pratique professionnelle**
(A compléter obligatoirement et à joindre au dossier d'inscription)

✚ Pour un financement relatif à un salarié : à compléter par l'employeur

Je soussigné(e) (**nom, prénom et qualité**) :

Responsable de l'établissement (**nom et adresse complète et n° de téléphone**) :
.....
.....

Autorise le salarié(e) (nom et prénom) :

Date d'entrée en fonction dans l'établissement :

Poste occupé **actuellement** :

Type de contrat : CDD ou CDI

✚ Pour un autofinancement ou autre : à compléter par le candidat

Je soussigné(e) (nom, prénom) :

Adresse : (adresse complète et n° de téléphone) :

m'engage à suivre une formation pour l'obtention du :

***Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale
d'octobre 2024 à novembre 2026***

Coût pédagogique pour 400 heures de formation théorique : 8 240,00 €

Prise en charge financière des frais de formation :

Financement assuré par :

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Etablissement employeur : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| - OPCO (préciser le nom) : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| - le salarié : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| - Mobilisation du CPF | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| - Autofinancement | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| - Autre (préciser) : | | |

Joindre obligatoirement une attestation sur l'honneur si autofinancement ; un justificatif du ou des organismes financeurs si prise en charge directe par l'OPCO ; une attestation de l'établissement employeur si prise en charge directe par l'employeur.

Un devis personnalisé sera réalisé si le candidat est admis en formation et souhaite bénéficier d'allégement.

A....., le

Signature et cachet de l'Etablissement

ou

Signature du candidat,