

## AUTORISATION DE L'ETABLISSEMENT LIEU DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Je soussigné(e) : .....

Représentant l'Etablissement : .....

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 2018 au 30 novembre 2020**

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

- en 1<sup>ère</sup> année de formation (2018-2019) : .....

- en 2<sup>ème</sup> année de formation (2019-2020) : .....

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

Coût pédagogique : 7 380 €(400 heures formation théorique)

**1<sup>ère</sup> année** : 3 487,05 € - 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 : 3 892,95 € - 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

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

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

Signature du candidat,