

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

Je soussigné(e) .....

Représentant l'Etablissement .....

**Autorise M.**.....

Adresse : .....

A suivre une formation d'(e) : **MONITEUR EDUCATEUR (1) PAR LA VOIE D'APPRENTISSAGE**

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

**Fonction** du (de la ) candidat(e) : .....

**DESCRIPTIF DE L'EMPLOI EDUCATIF OCCUPE PAR L'INTERESSE(E)**

(joindre si besoin une attestation dûment signée par l'employeur )

Demande de prise en charge financière du coût de la formation – O.P.C.A. : .....

(indiquer le nom de l'organisme)

**(joindre (ou adresser dès réception) le justificatif de l'accord de financement)**

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

*Cachet de l'établissement et signature*

Pour la rentrée scolaire **2019-2020**, droits d'inscription, frais de formation et de scolarité : montant non encore communiqué

Pour information, pour la rentrée scolaire 2018-2019 : 11 400 €

### **MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT DU STAGIAIRE**

*Dans la branche professionnelle sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif, les stagiaires en contrat d'apprentissage doivent être obligatoirement accompagnés par un professionnel ayant suivi ou étant inscrit à la formation de **tuteur** dispensée par POLARIS Formation Isle ([www.polaris-formation.fr](http://www.polaris-formation.fr)). Cette formation, d'une durée de 40 à 80 heures, est pris en charge par Unifaf.*

*Sont toutefois dispensés de cette formation les tuteurs titulaires du CAFDES, DEI, DEIS, DSTS, CAFERUIS, DEMF, DCS ainsi que les tuteurs ayant suivi la formation de tuteur référent de la branche, maître d'apprentissage, formateur de terrain.*