

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,*

D'octobre 2019 à novembre 2021

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

- en 1^{ère} année de formation (2019-2020) :

- en 2^{ème} année de formation (2019-2021) :

Prise en charge financière des frais de formation :

Coût pédagogique : 7 600 € (400 heures formation théorique)

1^{ère} année : 3 591 € - 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^{ème} année : 4 009 € - 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,