

## ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE EMPLOYEUR

### POUR LA FORMATION CONDUISANT AU DEAS

(À COMPLETER PAR L'ENTREPRISE)

#### INTITULE DU DIPLOME : DIPLOME D'ETAT D'AIDE-SOIGNANT

##### L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE :

Représentée par :

Fonction(s) :

Adresse :

Code postal :

Commune : Tél

:

N° SIRET :

Code APE :

(obligatoires)

**Coordonnées de la personne chargée du suivi de la convention :**

NOM et Prénom :

Tél :

Courriel :

@

**Adresse de facturation (si différente de l'adresse indiquée ci-dessus)**

RAISON SOCIALE :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Salarié inscrit en qualité de : ☐ salarié sur le plan de formation ☐ autres à préciser :

##### LE STAGIAIRE

NOM DE FAMILLE :

NOM D'USAGE :

Prénom :

Né(e) le :

à :

Adresse :

Code postal :

Commune :

PAYS :

Tél :

Courriel :

@

Je soussigné(e) :

M.....

Directeur, responsable de l'entreprise m'engage à prendre en charge les frais de formation du salarié :

M.....

dans le cadre du diplôme postulé dont le montant s'élève à **6.550 €**.

**Les relevés de présence mensuels signés par votre salarié(e) vous seront adressés par l'IFAS La Blancarde.**

(Cachet obligatoire de l'organisme)

Signature du responsable

Fait à ....., le

**Attention :** N'insérer aucun chèque dans le dossier d'inscription du candidat.

A réception de cet engagement, une convention de formation continue vous sera adressée pour signature.

Pour obtenir un devis de formation, effectuez votre demande par courriel à Madame DUBUT: [compta@ifsilablancarde.com](mailto:compta@ifsilablancarde.com)

Le montant engagé devra être directement réglé à l'IFSI La Blancarde, après réception de la facture.