

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE EMPLOYEUR

POUR LA FORMATION CONDUISANT AU DIPLOME D'ETAT INFIRMIER

(À COMPLETER PAR L'ENTREPRISE)

INTITULE DU DIPLOME : DIPLOME D'ETAT INFIRMIER

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 **21.810 €**, soit **7.270,00 €** de frais de formation par an.

Facturation par année universitaire et en fin de formation.

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

(Cachet obligatoire de l'organisme)

Fait à, le
Signature du responsable

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

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