



ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Document à faire compléter et signer par l'employeur

ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

Nom ou Raison sociale	
Adresse	
CP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ville	
Téléphone	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Mail	<input type="text"/> @
Personne à contacter en charge du dossier	
N° SIRET	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CODE NAF/APE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
OPCO	

ADRESSE DE FACTURATION :

.....
.....

AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR

Je soussigné.e :

Directeur.trice de :

accepte de prendre en charge les frais de formation (sous réserve d'acceptation de prise en charge par l'OPCO).

Nature du contrat :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation |
| <input type="checkbox"/> Dispositif Pro-A | <input type="checkbox"/> Dispositif Transition Pro |
| <input type="checkbox"/> Plan de compétences | <input type="checkbox"/> Autre |

Autorise :

Madame / Monsieur (*rayez la mention inutile*)

A suivre la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'aide-soignant.

Du

Au

Fait à :

Signature et cachet de l'établissement/fonction du signataire

Le :

.....