



Attestation de prise en charge financière

Je, soussigné(e).....

Certifie la prise en charge du cycle de formation (intitulé de la formation)

.....

Je ne bénéficie d'aucune prise en charge et je m'engage à régler la somme due :
Correspondant au coût de la formation.

Je bénéficie d'une prise en charge financière par mon employeur

Date :

Signature du participant :

Prise en Charge Financière

Organisme Financier :

Personne à contacter :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Fait à

Le

Responsable de l'établissement :