

Intitulé du (ou des)

module(s) :

A compléter par le / la STAGIAIRE

NOM DE FAMILLE : NOM D'USAGE :

Prénom(s) : Date de naissance :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE : PAYS :

Téléphone : E-mail :

Le financement par un OPCO ou l'employeur porte sur les heures de présence effectives du stagiaire à la formation qui s'engage à verser le solde dû correspondant aux heures d'absence.

Fait à, le

Signature du stagiaire

A compléter par L'EMPLOYEUR

NOM de l'employeur :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE : PAYS :

Téléphone : E-mail* :

Siret* :

Je soussigné(e),, représentant (nom de l'employeur)..... en
qualité de (fonction)....., atteste prendre en charge les frais de
formation continue relatif à la formation suivante :

concernant (nom du stagiaire) dont le montant s'élève
à..... euros.

Fait à, le.....

Signature,
Cachet obligatoire de l'employeur

* à renseigner obligatoirement

A réception de cet engagement, une convention de formation continue vous sera adressée pour signature.
Le montant engagé devra être réglé à l'Agent Comptable de l'université de Bordeaux après réception de la facture.