

ATTESTATION DE PRISE EN  
CHARGE

FORMATION CADRE DE SANTÉ

**Par l'ETABLISSEMENT**

STAGIAIRE

NOM - PRENOM (nom de jeune fille suivi du nom d'épouse).....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone personnel.....

E/mail personnel.....

Téléphone professionnel.....

E/mail professionnel .....

EMPLOYEUR

Etablissement.....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone ..... Télécopie.....

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Prise en charge par l'Etablissement **Année 2019-2020** :

**Coût Pédagogique : 10 020 euros**

**Tarif de participation au fonctionnement : 130 euros**

- La prise en charge financière sera assurée par l'employeur  
 Oui  
 Non
- La prise en charge financière a fait l'objet d'une demande (sans décision actuelle)  
 Oui  
 Non

Date