

Collège Sciences de la Santé

Intitulé de la formation : .....

**A compléter par le / la STAGIAIRE**

Mme       M

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.....

Fait à ....., le.....

Signature,  
Cachet obligatoire de l'employeur

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.

UMFCS : 146 rue Léo Saignat - Case 18 – CS 61292 - 33076 Bordeaux cedex – [fmc@u-bordeaux.fr](mailto:fmc@u-bordeaux.fr)

