

**FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE : ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE**  
**Année Universitaire 2016-2017**

Médecine       Odontologie       Pharmacie       Ecole de Maïeutique

**Intitulé du diplôme postulé ou de la formation.....**

**A compléter par LE STAGIAIRE**

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM MARITAL.....

Prénoms : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

... Code postal : ..... Commune : .....

Tél : .....

Courriel : .....@ .....

**A compléter impérativement par L'EMPLOYEUR OU ORGANISME PRENANT EN CHARGE LA FORMATION**

Raison sociale :  
.....

Représenté par :  
.....

Adresse :  
.....

.. Code postal : .....

.Commune : .....

Tél : ..... Fax : .....

Courriel : .....@ .....

N° SIRET :  
.....

Code APE :  
.....

**A compléter impérativement par L'ENTREPRISE OU L'ORGANISME**

Je soussigné(e)  
M.....

...  
Directeur de l'entreprise ou de l'organisme m'engage à prendre en charge les frais de formation de

M.....  
dans le cadre du diplôme postulé 1<sup>ère</sup> année 505,00€ + 261,10€ probatoire + 256.00€1<sup>ère</sup> année\*  
(droits nationaux fixés par arrêté ministériel)

dans le cadre du diplôme postulé 2<sup>ème</sup> année 505,00€ + 517,10€\* (droits nationaux fixés par  
arrêté ministériel)

\* A régler UNIQUEMENT pour les formations diplômantes.

Fait à....., le.....

**(Cachet obligatoire de l'organisme)**

Signature du directeur de l'entreprise  
ou de l'organisme :