

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

(Document à produire en original et à joindre au dossier d'inscription)

A l'attention de l'Université Claude Bernard Lyon1, Service Formation Continue

Je soussigné(e)

agissant en qualité de

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

N° de SIRET complet (14 chiffres) :

Forme juridique : Privé

Public

S'engage à régler l'inscription souscrite au bénéfice de l'Université Claude Bernard Lyon1 :

NOM du stagiaire :

Prénom du stagiaire :

À la formation :

Intitulé exact de la formation :

.....

Dates de la formation :

Pour un montant de :

Adresse de convention :

.....
.....
.....
.....
.....

Adresse de facturation :

.....
.....
.....
.....
.....

Si facturation à un tiers (OPCALIA, AGEFOS, ...) joindre un justificatif

Correspondant : Nom :

Téléphone :

En cas d'absence, d'abandon ou de carence ultérieure de l'organisme financeur, pour quelque raison que ce soit, le stagiaire dans le cas du congé individuel de formation : CIF, ..., ou l'employeur dans le cas d'une prise en charge de la formation continue, s'engage à régler le solde de la formation.

Tampon de la société :	Date : Signature du Responsable :	Signature du stagiaire :
-------------------------------	--	---------------------------------