



# attestation de prise en charge

**Cette attestation est à remplir par l'employeur dans le cadre de la formation professionnelle.**

**Attestation à retourner à : INSTITUT DE FORMATION JOEL SAVATOFSKI, 1 rue du Docteur Barbier 21000 DIJON**

A réception de cette attestation et sous réserve de places disponibles, vous recevrez votre convention de formation.  
Joël Savatofski : Dispensateur de Formation. Déclaré sous le n° 26 21 01553 21 auprès de la Préfecture de Bourgogne.

■ **STAGIAIRE**  Mlle  Mme  M. / **Nom<sup>1</sup>** : .....

**Prénom<sup>1</sup>** : ..... **Date de naissance<sup>1</sup>** : ..... / ..... / .....

**Adresse<sup>1</sup>** : .....

**CP<sup>1</sup>** : ..... **Ville<sup>1</sup>** : ..... **Pays** : .....

**Profession** : ..... **Tél. fixe** : .....

**Tél. port.** : ..... **Email<sup>2</sup>** : ..... @ .....

**Formation(s) déjà suivie(s) à l'IFJS** : .....

■ **ETABLISSEMENT** **Nom, raison sociale<sup>1</sup>** : .....

**Adresse<sup>1</sup>** : .....

**CP<sup>1</sup>** : ..... **Ville<sup>1</sup>** : ..... **Pays** : .....

**Tél.** : ..... **Fax** : .....

**Je soussigné(e)<sup>1</sup>** : ..... **agissant en qualité de<sup>1</sup>** : .....

..... **engage l'établissement pré-cité à prendre en charge la somme de :** .....

**correspondant à :**

INTITULÉ <sup>3</sup>	CODE <sup>3</sup>	DATE <sup>3</sup>
<i>Ex. : Massage Essentiel - Module de base</i>	<i>11ME59</i>	<i>12-13 novembre 2011</i>

<sup>1</sup> Mentions obligatoires / <sup>2</sup> Rédiger le plus lisiblement possible / <sup>3</sup> Détailler chaque module avec code et date

Cette prise en charge s'effectue dans le cadre d'un  **DIF** (droit indiv. à la formation) /  **CFP** (contrat de formation pro.)

**DOCUMENTS À JOINDRE** : C.V. / Lettre de motivation (projets suite à la formation) / 1 photo d'identité

**Fait à** ..... **Signature du responsable et cachet de l'établissement**

**Date** .....