



**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE**

**Je soussigné(e) :** .....

Agissant en qualité de : .....

**NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :** .....

**N° de SIRET complet (14 chiffres) :** |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

**Forme juridique :**       Privé  Public

**S'ENGAGE A REGLER L'INSCRIPTION SOUSCRITE AU BENEFICE DE L'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON1 :**

**NOM du stagiaire :** .....

**Prénom du stagiaire :** .....

**À la formation, intitulé exact :** .....

**Date(s) 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.

<b>Tampon de la société :</b>	<b>Date :</b> .....	<b>Signature du stagiaire :</b>
	<b>Signature du Responsable :</b>	