



# ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Année Universitaire 2019-2020

Intitulé de la Formation : .....

### A compléter par l'ÉTUDIANT

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

Prénoms : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

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

Pour le règlement de la facture, je m'engage à fournir à la Faculté de médecine, mes relevés de présence en formation et mes relevés de présence en stage pratique chaque fin de mois.

Fait à ..... le .....

Signature de l'étudiant :

### A compléter impérativement par L'EMPLOYEUR / L'ORGANISME PRENANT EN CHARGE LA FORMATION

NOM de l'entreprise ou de l'organisme : .....

Adresse : .....

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

Nom du directeur de l'entreprise / de l'organisme : .....

Je soussigné(e), M .....  
Directeur de l'entreprise / de l'organisme, m'engage à prendre en charge les frais de formation de

M.

Dans le cadre de la formation intitulée : .....

Dont le montant s'élève à : ..... euros soit .....€ de frais administratifs et .....€ de droits spécifiques au titre de la formation continue.

#### **Ces frais de formation sont pris en charge :**

par l'entreprise signataire

par l'intermédiaire d'un organisme financeur (joindre l'accord)

Nom et adresse de l'organisme : .....

(cachet obligatoire de l'organisme)

Fait à ..... le .....

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

Fait à Strasbourg, le .....  
Signature du Doyen de la Faculté de Médecine :

A réception de cet engagement, une **facture** et une **convention** de formation continue vous seront adressées pour signature.  
Le montant engagé devra être réglé à l'Agent Comptable de l'UDS, après réception de la facture.