

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE A FOURNIR OBLIGATOIREMENT  
EN CAS DE PRISE CHARGE FINANCIERE PAR UN ORGANISME TIERS (Employeur, Organisme financeur)**

**NOM DE L'EMPLOYEUR :** .....

**FACTURATION :**

SI VOTRE ENTREPRISE DISPOSE D'UN SERVICE FACTURIER, IL CONVIENT DE NOUS TRANSMETTRE LE BON DE COMMANDE OU  
L'ENGAGEMENT DE DEPENSE CORRESPONDANT A LA PRESTATION DE FORMATION MENTIONNEE

**NUMERO SIRET / TVA INTR. :** .....- **NAF/APE :** .....

**ADRESSE DE FACTURATION :** .....

**CODE POSTAL :** ..... **VILLE :** .....

**CONTACT OBLIGATOIRE**  MME  M : .....

**TELEPHONE :** .....

**EMAIL (OBLIGATOIRE) :** .....

**Financement avec facturation directe à :**  L'employeur  l'organisme financeur (O.F)  Employeur et O.F

**Si prise en charge par employeur :** La convention de formation tripartite devra être fournie lors de l'inscription

Je soussigné(e) Nom du Responsable : .....

Atteste que la formation : .....

de (nom du stagiaire) : .....

sera prise en charge à hauteur de : ..... € de frais de formation et .....€ de frais de dossier

**Si prise en charge par un OPCA :** Fournir obligatoirement l'avis de prise en charge fourni par votre OPCA

Montant pris en charge.....€ de frais de formation et .....€ de frais de dossier

<input type="checkbox"/> ACTALIANS	<input type="checkbox"/> APCMA	<input type="checkbox"/> FIF PL	<input type="checkbox"/> OPCA Transports	<input type="checkbox"/> VIVEA
<input type="checkbox"/> AFDAS	<input type="checkbox"/> CONSTRUCTYS	<input type="checkbox"/> FORCO	<input type="checkbox"/> OPCAIM	<input type="checkbox"/> FONGECIF
<input type="checkbox"/> AGEFOMAT	<input type="checkbox"/> FAFIEC	<input type="checkbox"/> INTERGROS	<input type="checkbox"/> OPCALIA	A Autre, précisez :
<input type="checkbox"/> AGEFOS	<input type="checkbox"/> FAFIH	<input type="checkbox"/> OPCA3+	<input type="checkbox"/> OPCALIM	.....
<input type="checkbox"/> ANFA	<input type="checkbox"/> FAFSEA	<input type="checkbox"/> OPCA DEFI	<input type="checkbox"/> UNIFAF	
<input type="checkbox"/> ANFH	<input type="checkbox"/> FAF-TT	<input type="checkbox"/> OPCA BAIA	<input type="checkbox"/> UNIFORMATION	

Contact ORGANISME FINANCEUR Mme M : .....

Téléphone : ..... Email:.....

Autres informations utiles : .....

Certifié sincère et véritable, le (date) ..... à (lieu) .....

**Signature du représentant légal et Cachet de l'employeur ou de l'organisme financeur**