

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Au titre de l'année universitaire 2024/2025

Je soussigné(e) :

Agissant en qualité de :

NOM DE L'ENTREPRISE/ETABLISSEMENT/

N°SIRET complet (14 chiffres) :

/ / / / / / / / / / / / / / / / / /

S'engage à prendre en charge le paiement du coût de formation de l'étudiant :

Nom :

Prénom :

Pour le diplôme suivant :

Lieu de la formation :

Dates de formation :

Le coût de cette formation inclut les droits d'inscription universitaires pour l'année universitaire 2024/2025 (fixés chaque année par arrêté ministériel) et les frais pédagogiques pour un montant de :€

Adresse de facturation :

.....

.....

Responsable de l'entreprise ou de l'établissement :

Correspondant : Nom :

Téléphone: / / / / / / / / / / / / / / / / / /

Adresse e-mail :

Cachet de l'entreprise :

Fait à :

Le :

Signature du Responsable de l'entreprise ou de l'établissement :