

## ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Au titre de l'année universitaire 2025-2026

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 la formation de l'étudiant :

Nom : .....

Prénom : .....

Pour le diplôme suivant : **D.E. INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE**

Lieu de la formation : **UNIVERSITE COTE D'AZUR – UFR MEDECINE**

Dates de formation : 08/09/2025 au 24/06/2026

Le coût de cette formation inclut les droits d'inscription universitaires pour l'année universitaire 2025-2026 (fixés chaque année par arrêté ministériel) et les frais pédagogiques pour un montant de : **6 007.00 € par an.**

**Adresse de facturation :**

.....  
.....  
.....

**Responsable de l'entreprise ou de l'établissement :** .....

**Correspondant :**

**Nom :** .....

**Téléphone :** .....

**Adresse e-mail :** .....

**Fait à :** .....

**Le :** .....

Cachet de l'entreprise :

Signature du Responsable de l'entreprise :