



Institut Universitaire de Formation Continue

Année Universitaire 20...../ 20....

Campus de Fouillole BP 250

97157 Pointe à Pitre Cedex

☎: 0590 48.33.55

☎: 0590 48.33.62

Nom : .....

Nom Marital : .....

Prénoms : .....

Né(e) le : ..... à .....

Adresse Complète : .....

.....

.....

☎ 0590 ..... ☎ 0690.....

FORMATION : .....

# Prise En charge Employeur

Droit Universitaire	.....€
Frais de Formation	.....€
<b>TOTAL</b>	.....€

## ADRESSE PROFESSIONNELLE

NOM DE L'ENTREPRISE : .....

NUMERO SIRET : .....APE.....

NOM DU RESPONSABLE : .....

SECTEUR D'ACTIVITÉ : .....

☎ ..... ☎ .....

ADRESSE : .....

PRISE EN CHARGE (Accord préalable à la Signature de la Convention)	
L'employeur assure la prise en Charge de la formation à :	<input type="checkbox"/> 100%
	<input type="checkbox"/> ..... %
Le bailleur de fonds assure la prise en charge de la formation :	<input type="checkbox"/> AGEFOS
	<input type="checkbox"/> FONGECIF
AUTRES (vous précisez)	<input type="checkbox"/> .....

Certifié exact, le .....

Signature et  
Nom du Responsable

cachet de l'entreprise

Signature du Stagiaire