

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Si vous trouvez un employeur, ou que vous soyez déjà salarié, susceptible de suivre une formation en Cours d'Emploi et/ou en CIF CDI, (enseignement pris en charge par votre employeur ou un fonds de formation).

Merci de nous renvoyer ce document- Signé/tamponné de votre financeur avant le 15 septembre 2024

Je soussigné(e), Directeur (trice)

Dénomination de l'Etablissement

Adresse

1) autorise Mme, Mlle, M.

employé(e) dans mon établissement en qualité de

à suivre une formation **DE MONITEUR(TRICE) EDUCATEUR(TRICE) EN 2 ANS**, qui s'effectuera dans le cadre d'une formation (veuillez cocher l'une des cases suivantes) :

EN COURS D'EMPLOI

EN CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION

EN CONGE INDIVIDUEL DE FORMATION

s'engage à prendre en charge :

- ☞ les frais d'enseignement qui s'élèvent à 950 H x 15 € soit **14 250 €** pour la totalité de la formation,
- ☞ ainsi que les droits d'inscription annuels qui s'élèvent à **400 €** par année scolaire.

EN CONTRAT D'APPRENTISSAGE

Dans le cadre de la formation par la voie de l'apprentissage, la formation se déroule sur 2 ans, pour plus de renseignement s'adresser :

CFA Sanitaire et Social au 04.67.69.04.36

ou

CFA de l'intervention Sociale 04 34 08 73 80

Observations ou réserves :

.....
.....

Cette formation débutera à partir de la rentrée scolaire d'**OCTOBRE 2024** au Centre de Formation CEMÉA de Montpellier. Mme, Mlle, M. bénéficiera des dispositions conventionnelles ou statutaires qui régissent mon établissement pendant la durée de sa formation.

FAIT A :

LE :

SIGNATURE ET CACHET :