Attestation de prise en charge

Je soussigné :

Nom .....

Prénom.....

Nom de la société .....

prendre en charge les frais de formation du salarié :

Nom .....

Prénom.....

Fonction.....

pour la formation :

Intitulé.....

Dates .....

Coût .....

Fait à ..... le .....

Signature et cachet de la société