

# ATTESTATION

Je soussigné, Directeur de : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Certifie employer

dans une fonction de :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

depuis le : \_\_\_\_\_

Et l'autorise à effectuer une formation CAFDES à l'IRTS Paris Île-de-France à partir du **20 septembre 2021 avec une pré-entrée le 1er juillet 2021**. Cette formation sera prise en charge financièrement par notre établissement.

À

Cachet de l'institution

Le (date)

Signature