

Je soussigné agissant en qualité de
autorise le (la) salarié(e) Mme / M. à
participer à la formation BPJEPS « Animation Sociale ».

J'ai bien noté que :

1. Le salarié **sera absent** de son poste de travail durant les **regroupements pédagogiques** au CEFRAS soit 630 heures maximum.
2. Le salarié devra occuper **une fonction d'animateur** dans votre établissement ou dans un autre établissement afin d'être **en situation d'animation auprès d'un public** pendant les périodes de stage d'alternance.

Le volume horaire est à préciser, après le positionnement, en fonction des allègements, des équivalences ou des parcours VAE et contractualisé dans un Plan Individuel de Formation.

➤ **Coordonnées du siège social de l'employeur :**

Nom de l'établissement :

Nom du directeur :

Adresse :

Code Postal : Ville : Tél. : __ / __ / __ / __ / __ / Fax : __ / __ / __ / __ / __ /

Mail :

Etablissement Public Privé (associatif ou entreprise)

Public Pers. âgées Pers. handicapées Pers. en situation d'exclusion

Adultes Jeunes Autre :

➤ **Coordonnées du lieu de travail (si différent du siège) :**

Nom de l'établissement :

Siret :

Nom du directeur :

Adresse :

Code Postal : ____ Ville : Tél. : __ / __ / __ / __ / __ Fax : __ / __ / __ / __ / __

Mail :

Etablissement Public Privé (associatif ou entreprise)

Public Pers. âgées Pers. handicapées Pers. en situation d'exclusion

Adultes Jeunes Autre :

➤ Souhaitez-vous recevoir les conventions de formation Au siège Sur le lieu de travail ?

Coordonnées de l'OPCO (à compléter obligatoirement)

Merci d'indiquer les coordonnées l'opco de l'employeur

.....

Merci d'indiquer les coordonnées de l'interlocuteur pour les contacts avec le CEFRAS :

Nom, prénom : Tél. : __ / __ / __ / __ / __

Mail :

Merci d'indiquer les coordonnées de l'interlocuteur pour les contacts avec le CEFRAS :

Nom, prénom : Tél. : __ / __ / __ / __ / __

Mail :

Signature et cachet de l'employeur