



Pôle de Formation des professionnels de santé
Institut de Formation Aide-Soignante

FICHE ENGAGEMENT EMPLOYEUR
Pour les candidats choisissant le cursus de formation continue
par la voie de l'alternance

Je soussigné(e),

ENTREPRISE

Nom :

Adresse :

CP : |.....| VILLE :

Téléphone : !...!...!...!...!...!... Mail :

Nom du responsable de l'entreprise :

Atteste que :

Sera en (cochez le type de contrat) :

Selon votre profil, veuillez cocher la case correspondante :

		Session de formation :
<input type="checkbox"/>	CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION	Du 26/08/2024 au 27/02/2026
<input type="checkbox"/>	CONTRAT PRO-A	

Contrat de professionnalisation :

⇒ Identifiant Pôle Emploi : |.....|

Fait à, le !...!...!...

Cachet et Signature :