

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 notre **18 juin 2018**. Cette formation sera prise en charge financièrement par notre établissement.

À

Cachet de l'institution

Le (date)

Signature