

ATTESTATION DE DÉPÔT DE CHÈQUE(S)
A remplir obligatoirement
Formation : 1^{ère} Année en Soins Infirmiers - **ESI 1**

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date de début de formation : 07/09/2020 Date de fin de formation : 09/07/2021

DROIT D'INSCRIPTION 2020-2021			
Echéancier	SEPTEMBRE 2020	OCTOBRE 2020	NOVEMBRE 2020
Cochez la case de votre choix			
N°1 <input type="checkbox"/>	170 €		
Référence	Nom de la banque : N° du chèque :		
N°2 <input type="checkbox"/>	60 €	60 €	50 €
Référence des chèques	Nom de la banque : N° du chèque :	Nom de la banque : N° du chèque :	Nom de la banque : N° du chèque :

INSCRIT AYANT UNE PRIS EN CHARGE PAR EMPLOYEUR ET/OU UN ORGANISME				
Vous bénéficiez d'une prise en charge par un employeur et/ou par l'intermédiaire d'un O.P.C.O. (UNIFAF - TRANSITION PROF-UNIFORMATION - Agefiph - etc.) :				
<p align="center">COÛT PEDAGOGIQUE 2020-2021 Coût pédagogique : 7 220 € Joindre impérativement un justificatif de prise en charge</p>				
Cochez la case de votre choix				
<input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE TOTALE		<input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE PARTIELLE		
NOM de l'employeur ou de l'organisme :				
SI PRISE EN CHARGE PARTIELLE				
Coût pédagogique	7 220 €	Calendrier de règlement du solde restant à votre charge		
MONTANT prise en charge par Employeur et/ou Organisme€	SEPTEMBRE 2020	JANVIER 2021	AVRIL 2021
Solde restant à votre charge€€ 1 ^{ère} échéance = 30% du solde€€
Référence des chèques		Nom de la banque : N° du chèque :	Nom de la banque : N° du chèque :	Nom de la banque : N° du chèque :

Le(s) chèque(s) sont libellés à l'ordre de : **LF. ST JOSEPH CRF.**

Pour information : Tableau calendrier de versement prévu (sous réserve de modifications):