

ATTESTATION DE PÉRIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL

Année scolaire 20..... - 20.....

Je soussigné(e) Mme ou M. ;
responsable de l'entreprise ou de l'organisme d'accueil (*cachet obligatoire*) :

situé à

certifie que l'élève

préparant le diplôme de :
et inscrit dans l'établissement scolaire :

Lycée Professionnel Joseph Cugnot
Les Hucherolles
BP 134
37501 Chinon Cedex

a effectué une période de formation en milieu professionnel :

du / / - au / /

Fait à :

Le :

Signature du Responsable d'entreprise ou de
l'organisme d'accueil.

NOM			
Prénom :			
Classe :		Régime :	
PFMP du :		au :	

Bord. :		Mdt :			
AP	VE	ALO	SRH	SBN	OPC
Dom. ENTREP		Act. 13STA		Cpte 6251	

Demande de remboursement des frais de formation en milieu professionnel

- ① A renseigner si nécessaire avant le départ en stage/PFMP, accompagné de **l'attestation d'assurance et du permis de conduire du conducteur désigné.**

Je demande l'autorisation d'utilisation de mon véhicule personnel
(élève-responsable à préciser :) pour me
rendre de mon domicile (ville.....) à mon lieu de
formation en milieu professionnel (ville) du
..... au

Je soussigné Stéphane Debenest, proviseur du lycée professionnel Joseph Cugnot, autorise le déplacement de l'élève à l'aide de son véhicule personnel, vers son lieu de stage/PFMP susmentionné pour la période indiquée.

Cachet et signature du chef
d'établissement

- ① A renseigner et à remettre au service gestion après le stage/PFMP, accompagné des **justificatifs, de l'annexe financière et de l'attestation de stage.**

Déplacements remboursés au kilométrage :

Ville de départ	Ville de destination	Distance	A/R SCNF 2 ^e cl.	Nb de jours	Total à rembourser
					(A)

Déplacements remboursés selon article L 3261-2 du Code du Travail :

Justificatif présenté	Taux employeur*	Prise en charge employeur	Reste	Total à rembourser
	50 %			(B)

* Selon arrêtés du 4 et 28 décembre 2018

Repas :

Somme des justificatifs présentés	Nombre de repas concernés	Prix journalier restau. scolaire	Déduction	Total à rembourser
				(C)

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des données
fournies ci-dessus et demande le remboursement
de A + B + C : €.

Je joins un RIB à ma demande.

Signature du représentant légal

Je certifie l'exactitude des informations portées ci-
avant et arrête la somme à rembourser à :

.....
.....
.....

Le chef d'établissement