



**MODELE D'ATTESTATION DE REMPLACEMENT OU DE SURCOUTS LIES A L'ABSENCE
D'UN SALARIE EN FORMATION, DU SECTEUR D'ACTIVITE SANITAIRE, SOCIAL ET
MEDICO-SOCIAL PRIVE A BUT NON LUCRATIF**

*A joindre à la demande de prise en charge sur les Fonds Mutualisés de Branche pour la prise en charge
des salaires et charges du bénéficiaire de la formation*

N° adhérent : _____

Je soussigné(e) Mme / M _____

Agissant en qualité de _____

Pour l'entreprise _____

Située _____

Atteste que le départ en formation de Mme / M _____

- Intitulé de la formation : _____

- Dates : du ___/___/___ au ___/___/___

- Durée (en heures) : _____

Entraînera :

- Un remplacement

- Un surcoût

Je m'engage à conserver* et tient à disposition de l'OPCO Santé, en cas de
contrôle, les justificatifs liés à la réalisation de ces activités.

Fait à, _____ le ___/___/___

Signature + cachet de l'établissement

* A conserver pendant 6 ans, voire jusqu'à 10 ans dans le cas d'un dossier bénéficiant d'un
cofinancement externe (CNSA, FSE ...).