



## ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION PAR L'EMPLOYEUR OU LA STRUCTURE

Formation (indiquer le lieu et la date) : \_\_\_\_\_

*Exemple : Laval - Le 14 Octobre 2023*

Stagiaire (Nom, Prénom) : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), Madame / Monsieur : \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de :

- Président(e) ou Directeur(trice)
- Secrétaire Général
- Trésorier(e)
- Autre : .....

De la structure (dénomination et numéro d'affiliation) : \_\_\_\_\_

Atteste que la structure prend en charge (cocher la ou les cases correspondantes à votre prise en charge :

- Les coûts pédagogiques**
- Les frais annexes de repas**

Le coût du Module Arbitre de Futsal est de 50,8€ (frais pédagogique de 30€ avec les frais de demi-pension de 20,8€.

A ce titre j'autorise la Ligue de Football des Pays de la Loire à inscrire la(les) somme(s) due(s), relative(s) au coût pédagogique ou/et coût des frais annexes, en comptabilité sur le compte courant du club.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature et cachet de la structure obligatoire