



N° déclaration d'activité : 42 68 001 78 68  
SIRET : 778 952 176 000 23  
Code APE : 8559B

**BULLETIN D'INSCRIPTION**  
**FORMATION TUTEUR REFERENT – MAITRE D'APPRENTISSAGE**

**A RENVoyer :**

- au 4 rue Schlumberger - 68200 MULHOUSE ou par fax au 03.89.33.57.19. ou par mail à : [v.valton@praxis.alsace](mailto:v.valton@praxis.alsace)

NOM, PRENOM : .....

Fonction dans l'Établissement : .....

Adresse Personnelle : .....

Tél : ..... Portable : .....

Mail : .....

Diplômes obtenus :  
.....

**FONCTION TUTORALE**

Assurez-vous actuellement le tutorat d'un ou plusieurs stagiaires :

- oui  non

Dans quel dispositif ce type de contrat s'inscrit-il ? :

- Contrat de professionnalisation
- Contrat d'apprentissage
- Autre, précisez .....

| Stagiaire | Métier préparé | Date début tutorat | Date fin tutorat   |
|-----------|----------------|--------------------|--------------------|
|           |                | ____ / ____ / ____ | ____ / ____ / ____ |
|           |                | ____ / ____ / ____ | ____ / ____ / ____ |

## INSCRIPTION :

|  | Tuteur Référent          | Maître d'Apprentissage                         |
|--|--------------------------|--|
| Inscription parcours complet                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |
| Module 1 - Tuteur de proximité : les bases : 40 heures         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |
| Module 2 - Tuteur de proximité : approfondissement : 40 heures | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>heures spécifiques |
| Module 3 - Tuteur référent : 40 heures                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Optionnel          |

*Les modalités de financement du dispositif ayant changé, nous vous recommandons de vérifier auprès de l'OPCA les conditions de prise en charge.*

## ETABLISSEMENT

Raison Sociale .....

Nom du Directeur .....

Adresse .....

| Téléphone | Télécopie | Email |
|-----------|-----------|-------|
|           |           |       |

**INTERLOCUTEUR :** .....

OPCA : .....

N° Adhérent : .....

La facture est à adresser à :

.....  
.....

Fait à ..... Le .....

Le Directeur  
Signature et cachet

Le Stagiaire  
Signature