



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

**BULLETIN D'INSCRIPTION
FORMATION TUTEUR REFERENT**

A RENVoyer :

➤ au 4 rue Schlumberger - 68200 MULHOUSE par mail à : c.iacoboizzi@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"/> heures spécifiques
Module 3 - Tuteur référent : 40 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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 :

OPCO :

N° Adhérent :

La facture est à adresser à :

.....

.....

Fait à Le

Le Directeur
Signature et cachet

Le Stagiaire
Signature