



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 par mail à : [c.iacoboizzi@praxis.alsace](mailto: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