



## JUSTIFICATIF D'ABSENCE – COURS INTERENTREPRISES (CIE)

Nom et prénom de l'apprenti-e : .....

Formation et année de formation :

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ASA                       | <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> année | <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> année |   |
| <input type="checkbox"/> ASSC                      | <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> année | <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> année | <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> année |
| <input type="checkbox"/> ASE                       | <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> année | <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> année | <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> année |
| <input type="checkbox"/> ASSC formation raccourcie |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> ASSC VAE                  |   |   |   |

Absence annoncée pour le cours du : .....

Libellé du cours : .....

- Matin                       Après-midi                       Journée entière

Motif :

- Maladie                       Accident                       Autre .....

Signature de l'apprenti-e : .....

Coordonnées de l'entreprise formatrice :

.....

Nom et prénom du/de la responsable de la formation :

.....

Adresse courriel ou n° de tél. : .....

L'entreprise formatrice s'engage à ce que le cours soit remplacé au sein de l'entreprise formatrice (au plus tard avant le début du dernier semestre de la formation) -> Dans un tel cas, l'OrTra informera le SFP (Service de la formation post-obligatoire de la RCJU) à des fins de contrôle

L'entreprise formatrice demande à ce que le cours soit remplacé par le biais de l'organisation de l'OrTra jurassienne santé-social, sous réserve que sa planification le permette

Remarques : .....

Timbre de l'entreprise formatrice : .....

Signature du/de la responsable de la formation : .....

Lieu et Date : .....

Merci d'envoyer ce document dûment complété à l'OrTra jurassienne santé-social