



La formation continue de vos employés

## Attestation de prise en charge de la formation par l'employeur

Module : .....

Je soussigné (e) M .....

Profession : .....

Adresse postale : .....

Tél. : ..... Fax : .....

E.mail : .....

Téléphone portable : .....

Adresse permanente : .....

Entreprise : .....

Service : .....

Situation géographique de l'entreprise : .....

m'engage à payer la somme de ..... F CFA, relative  
aux frais de formation de M. ....

..... selon  
les conditions de paiement définies par COGIQUE eLearning. En foi de quoi, nous  
délivrons cette attestation à COGIQUE eLearnig pour servir et valoir ce que de droit.

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE & CACHET

**Prière nous retourner le dossier d'inscription à l'adresse suivante :**

Monsieur le Directeur de COGIQUE eLearning  
Rue 240 bureau 532, Hippodrome, Bamako (Mali)  
Tél. : (223) 20 79 78 64 / Cell : (223) 79 20 25 35  
E.mail : info@cogique.com // Site web : www.cogique.com