

---

## TRANSITIONS PRO GUADELOUPE AUTORISATION D'ABSENCE ET ATTESTATION DE DECHARGE DE SALAIRE

---

Je soussigné(e), M(me) \_\_\_\_\_, employeur,  
demeurant \_\_\_\_\_

Adresse MAIL **obligatoire** :

autorise à s'absenter M(me)

salarié(e) chez nous depuis le \_\_\_\_\_ en qualité  
de \_\_\_\_\_

et demande que son salaire soit versé directement par le TRANSITIONS PRO Guadeloupe pendant toute la durée de sa formation.

Formation intitulée :

*Conformément au dossier de demande de financement complété.*

Qui se déroulera du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**Jours travaillés de mon salarié :**

Lundi  Mardi  Mercredi

Jeudi  Vendredi

Samedi  Dimanche

**Date et Signature de l'employeur :**

**Date et Signature du salarié :**

*(joindre obligatoirement un RIB)*