

PROMESSE DE STAGE

Ceci n'est pas une convention de stage



RENSEIGNEMENTS ETUDIANT(E)/ ELEVE :

CLASSE : NOM PRENOM :
TEL : MAIL :

Dates du stage : du au

RENSEIGNEMENTS ENTREPRISE :

- NOM (et/ou) RAISON SOCIALE :
- ADRESSE COMPLETE :
-
• TEL :
- MAIL :
- N° SIRET :
- COMPAGNIE D'ASSURANCE : N° DE POLICE D'ASSURANCE :
- Préciser l'adresse du lieu de stage si différente :
.....

DOMAINE D'ACTIVITE :
.....
.....

RESPONSABLE SIGNATAIRE DE LA CONVENTION :

- NOM PRENOM :
- FONCTION :
- TEL :
- MAIL :

TUTEUR EN CHARGE DE LA FORMATION DE L'ETUDIANT EN ENTREPRISE (si différent du responsable)

- NOM PRENOM :
- FONCTION :
- TEL :
- MAIL :

Emploi du temps organisé en tenant compte de la durée légale : 35h /semaine

Jour	Matin		Après-midi	
Lundi	de	à	de	à
Mardi	de	à	de	à
Mercredi	de	à	de	à
Jeudi	de	à	de	à
Vendredi	de	à	de	à
Samedi	de	à	de	à

Cachet de l'entreprise

VALIDATION DU STAGE PAR LE PROFESSEUR DE SPECIALITE :

- Nom :
- Le

Signature de l'enseignant de spécialité :

Attention, il n'est pas autorisé de commencer un stage sans convention signée par l'établissement.