

Labellisé Lycée des Métiers
de la sécurité et de la prévention

Pour découvrir l'ensemble de nos filières ➡



2 Rue Jean Hamon
 95750 CHARS
 ☎ : 01.30.39.78.94

C O N T A C T S
Directrice Déléguée aux Formations
 Mme Sandrine DEPONT
 ☎ : 01.30.39.91.43 06.24.18.06.69
Sandrine.depont@ac-versailles.fr

Responsable Bureau des Entreprises
 Mme Noémie MANCOIS
 ☎ : 01.30.39.91.43
Noemie.mancois@ac-versailles.fr

DEMANDE DE CONVENTION DE STAGE

Stage du/...../20..... Au/...../20.....

Nom :

Prénom :

Cocher la formation concernée :

- | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|---|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CAP AS | <input type="checkbox"/> CAP ATMFC /AGAA | <input type="checkbox"/> CAP ELEC | <input type="checkbox"/> CAP EPC | <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} | <input type="checkbox"/> Term | <input type="checkbox"/> Bac pro MRC/ MCV Option A | <input type="checkbox"/> Bac pro MRC/ MCV Option B | <input type="checkbox"/> Bac pro MSPC | <input type="checkbox"/> Bac pro MELEC | <input type="checkbox"/> Bac Pro MS1 | <input type="checkbox"/> Bac pro MS2 | <input type="checkbox"/> 2 ^{nde} | <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} | <input type="checkbox"/> Term |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|---|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---|-------------------------------|

ATTENTION CE DOCUMENT N'EST PAS UNE CONVENTION DE STAGE .

La convention de stage sera établie, une fois ce document rendu : complété, signé et validé par l'équipe enseignante.

À COMPLETER PAR L'ENTREPRISE

1. **Raison sociale de l'entreprise :**SIRET |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse complète :

CP : |_|_|_|_|_| Ville :

Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Email.....@.....

ACTIVITE DE L'ENTREPRISE :

2. Signataire de la convention :

Mr Mme Nom :Prénom :Fonction :

Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Email@.....

3. Tuteur du stagiaire :

Mr Mme Nom :Prénom :Fonction :

Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Email@.....

Nom et adresse du lieu de stage si différents des informations ci-dessus :

4. Jours et horaires de travail :

Durée minimal 30h et maxi 35h par semaine de formation en milieu professionnel obligatoire.

Le tuteur a la liberté de positionner les jours de son choix, du lundi au samedi, tout en respectant les règles suivantes pour les règles suivantes : pour les élèves mineurs : maximum 8h /jour et 2 jours consécutifs de repos dont le dimanche.

	Horaires matin				Horaires après-midi			
LUNDI	De	h	à	h	De	h	à	h
MARDI	De	h	à	h	De	h	à	h
MERCREDI	De	h	à	h	De	h	à	h
JEUDI	De	h	à	h	De	h	à	h
VENDREDI	De	h	à	h	De	h	à	h
SAMEDI	De	h	à	h	De	h	à	h

Professeur référent :

Visa :

Stage Validé : Oui Non

Signatures des parents

Cachet de l'entreprise et signature

Fait le :