

DEMANDE DE CONVENTION DE STAGE

DATES Du Au.....

ELEVE NOM : Prénom :

4 ^{ème}	3 ^{ème}		1CAPa	2CAPa	SECONDE		PREMIERE		TERMINALE	
	A	B	JP	JP	PCCE	NJPF	CGEA	AP	CGEA	AP

MAITRE DE STAGE

Nom exact du Maître de Stage :

Nom de la Société :

Secteur d'Activité :

Nom du responsable du stagiaire (si différent du chef d'entreprise) :

Adresse :

CP : Ville :

Tél : Portable :

Mail :

TEMPS DE TRAVAIL	TRAVAIL DE NUIT
Moins de 15 ans : 32 heures de préférence en 4 jours Plus de 15 ans : 35 heures réparties sur la semaine	Moins de 16 ans : Pas de stage entre 20 h et 6 h Plus de 16 ans : Pas de stage entre 22 h et 6 h
RAPPEL : Tout stagiaire doit bénéficier de 2 jours de repos consécutifs.	
HORAIRES	PRINCIPALES TACHES
Lundi : Mardi : Mercredi : Jeudi : Vendredi :	⇨ ⇨ ⇨ ⇨ ⇨

Ce formulaire devra être validé par le moniteur responsable de la classe, il permet l'édition de la convention de stage (cette fiche constituera l'annexe pédagogique)

Fait à Le

Signatures

PARENTS

MAITRE DE STAGE

MONITEUR