

Classe : _____

L'entreprise (ou l'organisme d'accueil) :

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Représentée par _____

Atteste que l'élève désigné ci-dessous :

NOM Prénom : _____

scolarisé au: Lycée Professionnel DESCARTES
1575 Boulevard Nelson MANDELA B.P 194 76401 FECAMP Cedex
Tél / Fax: 02 35 10.24.24 / 02.35.10.24.29
Mail: ce.0760035a@ac-normandie.fr

Représenté par son proviseur : Monsieur Régis MICHAUD

A effectué une période de formation en milieu professionnel dans notre entreprise ou organisme,

Du ____/____/____ au ____/____/____

Soit ____ semaines

Nombre de jours de présence effectifs : _____ jours

(Indemnisation de l'Etat en fonction des jours réellement effectués)

Fait à, le

Signature et cachet de l'entreprise ou de l'organisme d'accueil,