

Entre l'entreprise (ou organisme) ci-dessous désignée :

Raison sociale : _____ Téléphone entreprise : _____

Adresse : _____ Mail entreprise : _____

SIRET entreprise : _____

Représentée par _____ Téléphone responsable : _____

Fonction : _____ Mail responsable : _____

Responsable Convention : _____ Mail convention : _____

Nom du tuteur de l'élève : _____ Téléphone tuteur : _____

Fonction : _____ Mail tuteur : _____

Et l'établissement :

Nom : Lycée Professionnel DESCARTES
Adresse : 1575 Boulevard Nelson MANDELA B.P 194
76401 FECAMP Cedex

Tél : 02 35 10.24.24
Mail : ce.0760036b@ac-normandie.fr

Représenté par son proviseur : Monsieur Régis MICHAUD

Suivi des conventions : service DDFPT

Mail : stage-lpdescartes.0760036b@ac-normandie.fr

Suivi pédagogique : M _____ professeur référent

Mail : _____@ac-normandie.fr

Suivi administratif : Mr Damien LAURENT proviseur adjoint

Mail : damien.laurent@ac-normandie.fr

Concernant l'élève :

NOM Prénom : _____

Classe : 2MTNE1

Date de naissance : ___/___/_____

Mail élève : _____

Nom Représentant légal : _____

Tél. Repr. légal : _____

Mail Repr. légal : _____

Périodes : du 12/02/2024 au 24/02/2024 ET/OU du 03/06/2024 au 29/06/2024

Durée hebdomadaire : 35 heures au plus
Selon les horaires :

Nombre de jours travaillés sur la période : ___ jours

	Matin	Après-midi
Lundi	___ à ___	___ à ___
Mardi	___ à ___	___ à ___
Mercredi	___ à ___	___ à ___
Jeudi	___ à ___	___ à ___
Vendredi	___ à ___	___ à ___
Samedi	___ à ___	___ à ___

Nombre total d'heures par semaine :
_____ heures (35h max)

Pour les élèves mineurs : 8 heures de travail au plus par jour et 2 jours de repos consécutifs par semaine. Le dimanche est un jour de repos obligatoire.

Les adresses mails doivent être renseignées afin de recevoir la convention entièrement signée.

ARTICLES DE LA CONVENTION :

Scanner le QRCode



ANNEXE 1 : ANNEXE PEDAGOGIQUE :

Scanner le QRCode



ANNEXE 2 : ANNEXE FINANCIERE : (Nom et prénom élève) _____

1. Modalités de participation du lycée aux frais de stage :

Scanner le QRCode



2. Gratification éventuelle versée par l'entreprise :

Montant : _____ Modalités de versement : _____

3. Assurances :

<u>Pour l'entreprise</u>	<u>Pour l'établissement</u>
Nom de l'assureur : _____	Nom de l'assureur : MAIF
N° du contrat : _____	N° 0908860B

L'élève sera amené à effectuer des démarches itinérantes (hors lieu d'accueil) : OUI - NON

SIGNATURES

Le ____ / ____ / 20____, Le Proviseur, Régis Michaud,	Le ____ / ____ / 20____, Le(s) professeur(s) référent(s), (Nom, prénom, signature)
Vu et pris connaissance, le ____ / ____ / 20____ Le représentant légal pour l'élève mineur, (Nom, prénom, signature)	Vu et pris connaissance, le ____ / ____ / 20____ L'élève, (Nom, prénom, signature)
Le ____ / ____ / 20____ Le responsable de l'entreprise ou organisme d'accueil, (Nom, prénom, signature et cachet)	Le ____ / ____ / 20____ Le tuteur de l'entreprise (si différent), (Nom, prénom, signature)