

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 Tél : 02 35 10.24.24
 Adresse : 1575 Boulevard Nelson MANDELA B.P 194 Mail : ce.0760036b@ac-normandie.fr
 76401 FECAMP Cedex
 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 : 2PSR
 Date de naissance : ___/___/____ Mail élève : _____
 Nom Représentant légal : _____ Tél. Repr. légal : _____
 Mail Repr. légal : _____

Périodes : du 06/11/2023 au 02/12/2023 ET/OU du 25/03/2024 au 20/04/2024

Durée hebdomadaire : 35 heures au plus Nombre de jours travaillés sur la période : ___ jours
 Selon les horaires :

	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 professeur référent, (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)