

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 : Mr _____ 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 : TRPM

Date de naissance : ___/___/_____

Mail élève : _____

Nom Représentant légal : _____

Tél. Repr. légal : _____

Mail Repr. légal : _____

Périodes : du 25/09/2023 au 21/10/2023 ET/OU du 29/01/2024 au 24/02/2024

Durée hebdomadaire : 35 heures au plus
Selon les horaires :

Nombre de jours total 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 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) |