ÉTABLISSEMENT PUBLIC
TOULOUSE - LAUTREC
LYCÉE DES MÉTIERS D'ART
www.lautrecbordeaux.fr

ACADÉMIE DE BORDEAUX
Liberté Égalité Fraternité

Région Nouvelle-Aquitaine

DOCUMENT PERMETTANT D'ÉTABLIR LA CONVENTION DE STAGE

PROPOSITION DE PFMP

PÉRIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL

L'élève retourne la proposition au professeur concerné pour la réalisation de la convention

BAC. PRO. **TECHNICIEN EN PROTHÈSE DENTAIRE**

CLASSE : ❏ SECONDE ❏ PREMIÈRE ❏ TERMINALE

PÉRIODE DU |_|_| |_|_| **20**|_|_| **AU** |_|_| |_|_| **20**|_|_|

CE DOCUMENT N'EST PAS UNE CONVENTION DE STAGE

Le lycéen qui se présente à vous est actuellement en recherche d'un stage. Dans l'éventualité où vous seriez en mesure de l'accepter au sein de votre organisme, merci de compléter ce document qui servira de base à l'élaboration de la convention de stage qui vous sera transmise dans les plus brefs délais pour signature.

UN STAGE NE PEUT PAS COMMENCER TANT QUE LA CONVENTION N'A PAS ÉTÉ SIGNÉE PAR LES 3 PARTIES.

ZONE À REMPLIR PAR L'ÉLÈVE

MERCI DE REMPLIR CE DOCUMENT EN MAJUSCULES

NOM : ______________________ **PRÉNOM :** ______________________

DATE DE NAISSANCE : |_|_| |_|_| **20**|_|_|

ADRESSE : ______________________

CODE POSTAL : ______ VILLE : ______________________

TÉLÉPHONE PORTABLE : ______________________

MAIL : ______________________ @ ______________________

RÉGIME **ANNÉE SCOLAIRE**
❏ Externe ❏ Demi-Pensionnaire ❏ Interne

RÉGIME **PENDANT PFMP**
❏ Externe ❏ Demi-Pensionnaire ❏ Interne ou ❏ Int. externé

ZONE À REMPLIR PAR LE LIEU D'ACCUEIL

MERCI DE REMPLIR CE DOCUMENT EN MAJUSCULES

SIRET* : ______________________ **APE* :** ______

NOM LIEU D'ACCUEIL : ______________________

Secteur d'activité : ______________________

Adresse : ______________________

Code postal : ______ Ville : ______________________

Site internet : **www.** ______________________

ASSURANCE* : COMPAGNIE : ______________________ N° POLICE : ______________________

RESPONSABLE* : ❏ Mme ❏ M. ______________________ **Tél :** ______________________

Mail* responsable : ______________________ @ ______________________

TUTEUR* : ❏ Mme ❏ M. ______________________ **Tél :** ______________________

Mail tuteur : ______________________ @ ______________________

*obligatoire

HORAIRES LIEU D'ACCUEIL

35h/semaine
2 jours de repos consécutifs

JOURS	MATINÉE	PAUSE DÉJEUNER	APRÈS-MIDI	TOTAL HEURE/JOUR	TOTAL HEURE /SEMAINE
LUNDI	__h__ / __h__		__h__ / __h__	__h__	__ h __
MARDI	__h__ / __h__		__h__ / __h__	__h__	
MERCREDI	__h__ / __h__		__h__ / __h__	__h__	
JEUDI	__h__ / __h__		__h__ / __h__	__h__	
VENDREDI	__h__ / __h__		__h__ / __h__	__h__	
SAMEDI	__h__ / __h__		__h__ / __h__	__h__	
DIMANCHE	JOUR DE REPOS				

Le |_|_| |_|_| **20**|_|_|

*CACHET DE L'ENTREPRISE**
(obligatoire)

SIGNATURE
RESPONSABLE ou TUTEUR

❏ Validation par le professeur d'enseignement professionnel

Signature professeur