

Dates de la PFMP : Du.....au..... Nombre de semaine(s)

Entreprise d'accueil

- Nom / Raison sociale :

Activité principale :

Adresse postale :

Tél Entreprise : Courriel Entreprise :

SIRET :

Compagnie d'Assurance de l'entreprise : N° de police assurance :

- Nom et prénom du Responsable entreprise :

Tél du Responsable entreprise :

- Nom et prénom du tuteur : Fonction du tuteur :

Tél tuteur : Courriel tuteur :

Elève

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Tel portable élève :

Professeur référent :

Horaires journaliers de l'élève stagiaire



Informations : 2j de congés consécutifs dont le dimanche.
Ne pas excéder 35 heures/semaine. Jour
férié = jour non travaillé.

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

Tampon et signature de
l'entreprise :

Signature du professeur de spécialité pour
validation :

ANNEXE PEDAGOGIQUE EN PFMP

Nous vous remercions d'accueillir et de former nos jeunes dans votre entreprise.

Vous trouverez ci-dessous des activités à réaliser dans votre établissement.

- **Intégrer la relation client dans un cadre omnicanal** (prendre contact – identifier le besoin – identifier le client – proposer une solution adaptée).
- **Assurer le suivi de la relation client** (gérer le suivi de la demande – satisfaire le client – fidéliser le client).
- **Collecter et exploiter l'information dans le cadre de la relation client** (assurer la veille informationnelle et commerciale – traiter et exploiter l'information – diffuser l'information).

Signature et cachet de l'entreprise :

