

**Accord préalable à l'établissement des conventions
de périodes de formation en milieu professionnel (stages)**

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.
Minimum 28h/semaine.
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

**Signature du professeur de
spécialité pour validation :**

**Tampon et signature de
l'entreprise :**