

(Cachet et visa de l'entreprise)

IMPRIMÉ D'ACCORD

À retourner à l'établissement par courriel ou à remettre à l'élève ce.0601470x@ac-amiens.fr katia.druart@ac-amiens.fr

OUSE HAUTS-DE-FRANCE CAMPUS CAMPUS CAMPUS CAMPUS) grета)))	GIP FORINVAL
	DISE	
et sécurité	DES MÉTIERS ET DES QUALIFICATIONS Transport, logistique	CAMPUS DES MÉTIERS ET DES QUALIFICATIONS D'EXCELLENCE

☐ STAGE (3 ^{ème} PM, certificat de spécialisation et BTS)	PFMP (période de formation en milieu professionnel) (CAP ou Bac Pro)
NOM de l'élève :	Prénom:
Date de naissance :	
Adresse:	
Code postal:	Ville:
Tél fixe :	Tél portable :
Courriel:	
L'élève qui se présente devant vous est inscrit dar	
	ccomp. Soins et Services à la Personne (ASSP)
	nimation : Enfance et Personnes Agées (ANIM)
	ssistance à la Gestion des Organisations et de leurs Activités (AGOrA)
	Sestion Administrative - Transport – Logistique (GATL)
<u> </u>	Métier des Transitions Numérique et Énergétique (MNTE)
·	ervices Numériques aux Organisations (SNO)
	ybersécurité, Informatique et réseaux, Électronique (CIEL)
Il doit effectuer une période de formation non rén <u>Période d'accueil :</u>	nunérée en entreprise :
du:	Au:
Horaire de travail (sous réserve de modifications	liées à l'organisation du travail) :
Lundi :	,
Mardi :	
Mercredi :	
Jeudi:	
Vendredi :	
Samedi:	
les enseignants de l'équipe pédagogique. Un	ntreprise d'accueil. Le suivi de la formation sera assuré par livret contenant les objectifs, le document de suivi et transmis. L'établissement souscrit une assurance auprès de eve.
Par avance, nous vous remercions de cette collab	poration, indispensable à la réussite de la formation.
ENTREPRISE :	PROFESSEUR REFERENT (date et signature):
Adresse:	Nom:
Code postal : Ville :	☐ Validation de l'imprimé d'accord :
Tél fixe :	
Courriel:	
Tuteur:	Refus (justifier):
Tél fixe : Tél mob. :	
Courriel:	