



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

STAGE
(3^{ème} PM 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 dans le parcours de formation suivant :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} Prépa Métiers | <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année | <input type="checkbox"/> Accomp. Soins et Services à la Personne (ASSP) |
| <input type="checkbox"/> CAP | <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année | <input type="checkbox"/> Assistance à la Gestion des Organisation et de leurs Activités (AGOrA) |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat Professionnel | <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} année | <input type="checkbox"/> Gestion Administrative - Transport – Logistique (GATL) |
| <input type="checkbox"/> Brevet Technicien Supérieur | | <input type="checkbox"/> Maintenance des Systèmes de Production (MSPC & MEI) |
| | | <input type="checkbox"/> Métier des Transitions Numérique et Énergétique (MNTE) |
| | | <input type="checkbox"/> Métiers du Pilotage et de la Maintenance d'Installations Automatisées (MPMIA) |
| | | <input type="checkbox"/> Systèmes Numériques |

Il doit effectuer une période de formation non rémunérée en entreprise :

Période d'accueil :

du :

Au :

Horaires de travail (sous réserve de modifications liées à l'organisation du travail) :

Lundi :

Mardi :

Mercredi :


Jeudi :

Vendredi :

Samedi :

Une convention sera établie entre le lycée et l'entreprise d'accueil. Le suivi de la formation sera assuré par les enseignants de l'équipe pédagogique. Un livret contenant les objectifs, le document de suivi et d'évaluation (sauf 3^{ème} Prépa Métiers) vous sera transmis. L'établissement souscrit une assurance auprès de la MAE pour couvrir la responsabilité civile de l'élève.

Par avance, nous vous remercions de cette collaboration, indispensable à la réussite de la formation.

ENTREPRISE :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Tél fixe :	
Courriel :	
Tuteur :	
Tél fixe :	Tél mob. :
Courriel :	
 (Cachet et visa de l'entreprise)	

PROFESSEUR REFERENT (date et signature) :

Nom :

Validation de l'imprimé d'accord :

Refus (justifier) :

