

FICHE DE COORDONNEES DE STAGE

PERIODE de FORMATION

Période stage : du/...../..... au/...../.....

STAGIAIRE :

Nom et prénom : Date de naissance :/...../.....

Classe : Professeur principal :

Adresse : Téléphone :

..... Mail :

.....

ENTREPRISE

Nom ou raison sociale :

Code APE : N° SIRET :

Adresse : Téléphone :

..... Mail :

.....

Directeur : Tuteur principal :

Nom de la compagnie d'assurance de l'entreprise :

Numéro de contrat d'assurance :

SERVICE D'ACCUEIL : si adresse différente du siège social :

Coordonnées : Téléphone :

.....

.....

HORAIRES DE TRAVAIL DU STAGIAIRE : Maximum 30h/semaine et minimum 4h/jour et maximum 7h/jour

	Matin	Après-midi
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Samedi		