

### ETUDIANT

|                               |  |          |               |  |  |                   |  |                                    |
|-------------------------------|--|----------|---------------|--|--|-------------------|--|------------------------------------|
| N° étudiant                   |  | Nom      |               | Prénom                                   |  | Date de naissance |  |                                    |
| Adresse permanente            |  |          |               |  |  |                   |  |                                    |
| Téléphone fixe                |  |          |               | Portable                                 |  |                   |  |                                    |
| Mail étudiant                 |  |          |               | Mail personnel                           |  |                   |  |                                    |
| Assurance maladie *           | <input type="checkbox"/> CPAM  | Région : | Département : | <input type="checkbox"/> Autre organisme | Nom :  |                   |  | Adresse :                          |
| Formation et parcours suivi * |  |          |               | Elément pédagogique                      | <input type="checkbox"/> obligatoire (UE avec ECTS) –<br>Nombre ECTS : |                   |  | <input type="checkbox"/> conseillé |
| Type de convention *          | <input type="checkbox"/> en Français (stage en France)<br><input type="checkbox"/> en Français CNRS (lorsque votre stage se déroule au sein d'un laboratoire qui dépend du CNRS)<br><input type="checkbox"/> Période d'observation (maximum 35h dans le cadre d'une réorientation hors cours et examens) |          |               |  |  |                   |  |                                    |

### ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

|                       |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Raison sociale*       |  |  |  |  |  |  |  |
| Siret (14 chiffres) * |  |  |  | Code APE * (sous la forme 01.10Z)  |  |  |  |
| Effectif *            | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 à 9 <input type="checkbox"/> 10 à 49 <input type="checkbox"/> 50 à 199 <input type="checkbox"/> 200 à 999 <input type="checkbox"/> 1000 et +   |  |  |  |  |  |  |
| Statut *              | <input type="checkbox"/> Entreprise Individuelle<br><input type="checkbox"/> EURL<br><input type="checkbox"/> INC<br><input type="checkbox"/> Organisme à But Non Lucratif (OBNL) - association<br><input type="checkbox"/> Profession Libérale<br><input type="checkbox"/> SA |  |  | <input type="checkbox"/> SARL<br><input type="checkbox"/> SAS<br><input type="checkbox"/> SASU<br><input type="checkbox"/> SCOP<br><input type="checkbox"/> Service Public<br><input type="checkbox"/> SNC<br><input type="checkbox"/> SNS |  |  |  |
| Adresse *             |  |  |  | Téléphone *  |  |  |  |
| Adresse mail          |  |  |  | Site internet  |  |  |  |

### SERVICE D'ACCUEIL AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Nom du service *                               |  |  |  |
| Adresse (si différent établissement d'accueil) |  |  |  |

### SIGNATAIRE DE LA CONVENTION AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

|             |   |                |  |
|-------------|---|----------------|--|
| Nom *       |   | Prénom *       |  |
| Civilité *  | <input type="checkbox"/> Melle <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. | Fonction *     |  |
| Téléphone * |   | Adresse mail * |  |

### TUTEUR PROFESSIONNEL AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

|             |   |                |  |
|-------------|---|----------------|--|
| Nom *       |   | Prénom *       |  |
| Civilité *  | <input type="checkbox"/> Melle <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. | Fonction *     |  |
| Téléphone * |   | Adresse mail * |  |

### STAGE

|   |  |   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|---|--|
| Sujet*  |  |   |  |   |  |   |  |
| Fonctions et tâches*  |  |   |  |   |  |   |  |
| Compétences*  |  |   |  |   |  |   |  |
| Dates*  |  | Du :  |  | Au :  |  |   |  |
| Dates d'interruption au cours du stage  |  |   |  | Horaires de travail régulier                                    |  | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non  |  |
| Nombre d'heures hebdomadaire (par semaine) *  |  |   |  | Durée effective du stage en nombre d'heures*                    |  |   |  |
| Temps de travail *  |  | <input type="checkbox"/> Temps plein<br><input type="checkbox"/> Temps partiel  |  | Nombre de jours de congés autorisés                             |  |   |  |
| Commentaires sur le temps de travail  |  |   |  |   |  |   |  |
| Gratification   |  | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non  |  | Montant   |  | <input type="checkbox"/> Net<br><input type="checkbox"/> Brut   |  |
|   |  |   |  | <input type="checkbox"/> Heure<br><input type="checkbox"/> Mois |  | Modalité de versement<br><input type="checkbox"/> Chèque<br><input type="checkbox"/> Virement<br><input type="checkbox"/> Espèces |  |
| Comment le stage a-t-il été trouvé ? *  |  | <input type="checkbox"/> Réponse à une offre de stage<br><input type="checkbox"/> Candidature spontanée<br><input type="checkbox"/> Réseau de connaissances |  | Confidentialité du sujet/thème du stage ? *                     |  | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non  |  |
| Modalité(s) de suivi du stagiaire par l'établissement (suivi hebdo, RDV tél)            |  |   |  |   |  |   |  |
| Liste des avantages en nature (restauration, hébergement, remboursement)                |  |   |  |   |  |   |  |
| Travail exceptionnel (présence la nuit, le dimanche ou un jour férié, cas particuliers) |  |   |  |   |  |   |  |
| Rapport de stage à faire* :   |  | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non  |  | Modalité de validation par une soutenance* :                    |  | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non  |  |

### ENSEIGNANT REFERENT UFR ST

|            |   |               |  |
|------------|---|---------------|--|
| Nom*       |   | Prénom*       |  |
| Civilité*  | <input type="checkbox"/> Melle <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. | Fonction*     |  |
| Téléphone* |   | Adresse mail* |  |

### ACCORD DE PRINCIPE EN ATTENTE DE LA CONVENTION DE STAGE

| Responsable des stages du cursus et/ou de la formation |  | Responsable de la structure d'accueil |  |
|--|--|---------------------------------------|--|
| Nom*   |  | Nom*                                  |  |
| Prénom*  |  | Prénom*                               |  |
| Fonction*  |  | Fonction*                             |  |
| Adresse mail*  |  | Adresse mail*                         |  |
| Date et signature *                                    |  | Date et signature *                   |  |

\*Informations obligatoires à remplir – Ce document n'a pas valeur de convention de stage.