

ETUDIANT

N° étudiant		Nom		Prénom		Date de naissance	
Adresse permanente							
Téléphone fixe				Portable			
Mail étudiant				Mail personnel			
Assurance maladie *	☐ CPAM	Région :	Département :	☐ Autre organisme	Nom :		
					Adresse :		
Formation et parcours suivi *				Elément pédagogique	☐ obligatoire (UE avec ECTS) – Nombre ECTS : ☐ conseillé		
Type de convention *	☐ en Français (stage en France) ☐ en Français CNRS (lorsque votre stage se déroule au sein d'un laboratoire qui dépend du CNRS) ☐ 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 *	☐ 0 ☐ 1 à 9 ☐ 10 à 49 ☐ 50 à 199 ☐ 200 à 999 ☐ 1000 et +		
Statut *	☐ Entreprise Individuelle ☐ EURL ☐ INC ☐ Organisme à But Non Lucratif (OBNL) - association ☐ Profession Libérale ☐ SA ☐ SARL ☐ SAS ☐ SASU ☐ SCOP ☐ Service Public ☐ SNC ☐ 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 D'ACCUEIL

Nom *		Prénom *	
Civilité *	☐ Melle ☐ Mme ☐ M.	Fonction *	
Téléphone *		Adresse mail *	

TUTEUR PROFESSIONNEL AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

Nom *		Prénom *	
Civilité *	☐ Melle ☐ Mme ☐ 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		☐ Oui ☐ Non	
Nombre d'heures hebdomadaire (par semaine) *				Durée effective du stage en nombre d'heures*			
Temps de travail *		☐ Temps plein ☐ Temps partiel		Nombre de jours de congés autorisés			
Commentaires sur le temps de travail							
Gratification		☐ Oui ☐ Non	Montant		☐ Net ☐ Brut	☐ Heure ☐ Mois	Modalité de versement ☐ Chèque ☐ Virement ☐ Espèces
Comment le stage a-t-il été trouvé ? *		☐ Réponse à une offre de stage ☐ Candidature spontanée ☐ Réseau de connaissances		Confidentialité du sujet/thème du stage ? *		☐ Oui ☐ 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* :		☐ Oui ☐ Non		Modalité de validation par une soutenance* :		☐ Oui ☐ Non	

ENSEIGNANT REFERENT UFR ST

Nom*		Prénom*	
Civilité*	☐ Melle ☐ Mme ☐ 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.