LYCEE PROFESSIONNEL ARAGO

23, rue du Recteur Schmitt BP 82216

44322 NANTES Cedex 3

LA PÉRIODE :

Tél: 02.40.74.25.10

Email: ce.0440033x@ac-nantes.fr









ACCORD PREALABLE A LA CONVENTION DE STAGE

Une convention sera établie à partir de ces informations

	au		Soit	semaines
Du	au		Soit	semaines
L'ÉLÈVE				
Nom de l'élève :		Prénom :		
Diplôme préparé :				
Classe :		Professeur principa	l:	
L'ENTREPRISE				
Nom de l'entreprise :				
Dirigée ou représentée par Mr	ne/M			
Fonction :				
Code APE ou domaine d'activ	té :			
Adresse				
Code postal :	V	/ille :		
Tél:	Email :			
N° de Siret				
Compagnie d'Assurance respo	nsabilité civil	le :		
N° de police d'Assurance:				

LE	TUTEUR EN ENTF	REPRISE		
No	om et Prénom du tut	eur:		
Fc	onction :			
Er	mail :			
Τé	el si ligne directe ou p	oortable :		
	ES HORAIRES DU S Rappel : Si Mineur 35	STAGE : 5h/semaine maximum, 2 j	ours de repos consécutii	
	JOURS	MATIN	APRES-MIDI	NB HEURES /JOUR
	LUNDI			

		APRES-IVIIDI	/JOUR
LUNDI			
MARDI			
MERCRE)I		
JEUDI			
VENDRED)I		
SAMEDI			
DIMANCH	E		
	<u> </u>	TOTAL / SEMAIN	E
		Validation du n	rofossour
c cord de l'e ite : om et Préno	entreprise : m :	Validation du p d'enseignemen professionnel Nom du	