ACADÉMIE DE NORMANDIE
Liberté
Égalité
Fraternité

JEAN MOULIN
LYCÉE POLYVALENT

ACCORD DE STAGE

Affaire suivie par : M. FEUILLOLAY

xavier.feuillolay@ac-normandie.fr

Mme EL IDRISSI
Responsable du bureau des entreprises
laila.el-idrissi@ac-normandie.fr

Téléphone : 02 32 54 09 31

JEAN MOULIN
LYCÉE POLYVALENT

Rue du Maréchal FOCH
BP515
27 705 LES ANDELYS Cedex

Téléphone : 02 32 54 09 31

STAGE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL - BACCALAUREAT PROFESSIONNEL

Période de formation en Entreprise :

PFMP5 du 28/09/2026 au 16/10/2026 OUI☐ NON☐

PFMP6 du 01/02/2027 au 19/02/2027 OUI☐ NON☐

Le déroulement du stage :
L'élève, sous la responsabilité du tuteur, continue sa formation professionnelle en participant aux activités de l'entreprise et évalué sur des compétences définies dans le référentiel de formation. Le professeur référent prendra contact auprès du tuteur pour défnir les objectifs du stage.

IDENTIFICATION DE L'ELEVE

NOM : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PRENOM :| __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DATE de NAISSANCE :| __|__| |__|__| |__|__|__|__|

TELEPHONE : | __|__| |__|__| |__|__| | __|__| |__|__|

Classe : T TCI

Signature du responsable :

IDENTIFICATION ET ADRESSE DE L'ENTREPRISE

NOM de l'ENTREPRISE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DOMAINE D'ACTIVITE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N° SIRET : …… N° APE : ……

ADRESSE :|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CODE POSTAL :|__|__|__|__|__| VILLE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

TELEPHONE : |__|__| |__|__| |__|__| | __|__| |__|__| FAX : |__|__| |__|__| |__|__|| __|__||__|__|

MAIL : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NOM DE L'ASSUREUR : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| N° CONTRAT : ……

PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENTREPRISE

NOM : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| PRENOM :| __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

QUALITE/FONCTION : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PERSONNE RESPONSABLE DANS L'ENTREPRISE (TUTEUR)

NOM : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| PRENOM :|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

QUALITE/FONCTION : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

TELEPHONE : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| FAX : |__|__| |__|__| |__|__|| __|__||__|__|

HORAIRES PRESSENTIS (Durée max 8h/jour - 30h min et 35h max/semaine)

	MATIN	APRES-MIDI
LUNDI	h - h	h - h
MARDI	h - h	h - h
MERCREDI	h - h	h - h
JEUDI	h - h	h - h
VENDREDI	h - h	h - h
SAMEDI	h - h	h - h

Le travail de nuit est interdit :
- à l'élève mineur de 16 à 18 ans entre 22h et 6h

Signature et tampon de l'entreprise :

Les jours non effectués devront être rattrapés.

Document à compléter et à remettre au professeur principal pour la réalisation de la convention de stage.
Le stage ne pourra débuter que lorsque la convention sera signée par toutes les parties et retournée à l'établissement.

NOM DU PROFESSEUR : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Date et Signature :**| __|__| |__|__| |__|__|__|__|

Reçu le : | __|__| |__|__| |__|__|__|__| enregistré le :| __|__| |__|__| |__|__|__|__|