



Cégep André-Laurendeau

## DÉCLARATION DES HEURES RÉELLES TRAVAILLÉES POUR LE STAGIAIRE ET LE SUPERVISEUR

Nom de l'employeur :

---

Nom du superviseur :

---

Titre :

---

Nom du stagiaire :

---

	Semaine du	au	Heures réelles de travail du stagiaire	Heures réelles de supervision directe
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Signature

Fonction

**Note :** Retourner ce formulaire complété dès la fin du stage par courriel à:

François Lacoursière(francois.lacoursiere@claurendeau.qc.ca)