##### DEMANDE D’ACCORD DE STAGE

##### 2025

**-Le dossier de stage doit être obligatoirement retourné au service Dev.RH**

**Nom prénom : BOUKANTAR Jalila**

**Numéro CIN : A546563**

**TEL : +212631177777**

**Diplôme : -**

**Spécialité : «SPECIALITE»**

***Etablissement : «ETABLISSEMENT»***

**Période de stage demandée : Du 01/09/2025 Au 01/09/2025**

**A remplir par le Responsable du service**

**«DIRECTION»**

**Encadrant : «ENCADRANT»**

**Service : «SERVICE»**

**Période de stage Accordée : Du 01/09/2025 Au 01/09/2025**

**Sujet de stage P(PFE) Shariah Audit Practices**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Encadrant** | **Responsable de Service** | **Développement RH** |
| Nom obligatoire: **«NOM\_ENCADRANT»**  Date : **«DATE\_SIGNATURE \_ENCADRANT»**  Signature : ………………………………….. | Nom obligatoire: **«NOM\_RESPONSABLE\_SERVICE»**  Date : **«DATE\_SIGNATURE \_RESPONSABLE\_SERVICE»**  Signature : ………………………………….. | Date : **«DATE\_SIGNATURE \_RH»**  Signature : ………………………………….. |

**Service Médical et service qualité**

**Apte**

**Inapte**

**Visa du Médecin ………………………………………… Date …………………………………………………..**

**Service QSE**

**Visa du responsable …………………………………………………………Date………………………………………………….**