##### DEMANDE D’ACCORD DE STAGE

##### 2025

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

**Nom prénom : «NOM» «PRENOM»**

**Numéro CIN : «CIN»**

**TEL : «TELEPHONE»**

**Ingénieur**

**Master**

**Licence**

**Qualifie**

**Bac+2**

**Technicien**

**Diplôme : -**

**Spécialité : «SPECIALITE»**

***Etablissement : «ETABLISSEMENT»***

**Période de stage demandée : Du «PERIODE\_DU» Au «PERIODE\_AU»**

**A remplir par le Responsable du service**

**«DIRECTION»**

**Encadrant : «ENCADRANT»**

**Service : «SERVICE»**

**Période de stage Accordée : Du «PERIODE\_ACCORDEE\_DU» Au «PERIODE\_ACCORDEE\_AU»**

**Sujet de stage P(PFE) «SUJET»**

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

**Service Médical et service qualité**

**Apte**

**Inapte**

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

**Service QSE**

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