**Édition de la Convention**

**(Descriptive préalable)**

* **Le Stagiaire**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : Meignan  Prénom : Élie  Date de naissance : 30 Avril 1993   : +33 (0)6 03 26 03 18  @ : eliepse.meignan@gmail.com | Adresse : 28, Rue Gabriel Husson  CP & Ville : 93230  Caisse primaire d’assurance maladie :  Assurance responsabilité civile : |

* **L’organisme d’accueil :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :  Adresse :  Siret :  Service :  *(dans lequel sera effectué la stage)*  Lieux du stage :  *(si différent de l’adresse de l’organisme)* | Représenter par :  *(signataire de la convention)*  Qualité du représentant :   :  @ : |

* **Le Stage** - **L’encadrement par l’organisme d’accueil**

|  |  |
| --- | --- |
| Sujet du stage :  Dates :  Durée totale :  *(en semaine)*  Jours de présence effective :  *(dans l’organisme)*  Répartition :  *(heures par semaine ou par jour)*  Nombre de jours de congés autorisés : | Nom du tuteur :  Prénom du tuteur :  Fonction du tuteur :   :  @ : |

* **La gratification**

|  |
| --- |
|  sans rémunération  avec rémunération :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € brut/heure / jour / mois  *( Rayez la mention inutile )* |

* **Les avantages**

|  |
| --- |
|  |