

**IMPRIMÉ CONTACT POUR DEMANDE DE STAGE CONVENTIONNÉ
STAGE EN FRANCE**

Après accord, l'étudiant saisira sa convention sur Pstage dans son Espace Numérique de Travail, imprimera la convention en 4 exemplaires et fera signer l'ensemble des documents par les cocontractants avant de débiter son stage.

FORMATION

Diplôme préparé :

Responsable du parcours :

Nombre d'heures de l'année d'enseignement **hors durée de stage** :

ETUDIANT(E)

Nom (en capital) :
(nom d'état civil suivi du nom d'épouse)

N° d'étudiant(e) :

Prénom :

Adresse durant le stage :	N°: Rue :
	Complément d'adresse :
	Code Postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune :

N° de téléphone :

N° de portable :

E-mail :

ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

Etes-vous un personnel salarié de l'administration qui va vous recevoir en stage ? ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'établissement (en majuscule) :

Nom et Prénom du Responsable de l'Etablissement :

Titre du Responsable de l'Etablissement :

N° de SIRET :
(ou numéro d'agrément pour une association)

Code NAF :
(dernière version)

Effectif de l'établissement :

Secteur d'activité de l'établissement :

Statut juridique :	<input type="checkbox"/> Administration	<input type="checkbox"/> Association	<input type="checkbox"/> Entreprise d'insertion	<input type="checkbox"/> Entreprise individuelle
	<input type="checkbox"/> Entreprise privée	<input type="checkbox"/> Entreprise public/SEM	<input type="checkbox"/> EURL	<input type="checkbox"/> Mutuelle/Coopérative
	<input type="checkbox"/> SA	<input type="checkbox"/> SARL	<input type="checkbox"/> SAS	<input type="checkbox"/> SNC
	<input type="checkbox"/> Autre (à indiquer) :			

Adresse de l'établissement :	N°: Rue :
	Complément d'adresse :
	Code Postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune :
	Adresse mail :
	Site internet :

LIEU DE STAGE

Service d'accueil du stagiaire :

Nom – prénom et titre du responsable de service :

Adresse du lieu de stage (si différent de l'adresse de l'établissement d'accueil) :

N°: Rue :

Complément d'adresse :

Code Postal : Commune :

PERIODE – GRATIFICATION ET THEME DU STAGE

Date de stage :

Le stage se déroulera du / / au : / /
 Interruption prévue du (ex : fermeture, examens.....) : / / au : / /

Quotité de temps travaillée :

- ☐ Temps plein : h mn /semaine
☐ Temps partiel : h mn /semaine puis compléter les lignes ci-dessous :

Indiquer les horaires de travail :

- ☐ pour l'ensemble de la période de stage
☐ pour les semaines définies ci-dessous (indiquer les numéros des semaines de stage) :

Nombre total d'heures de présence effective sur le lieu de stage :

(le total ne peut excéder 924 heures de stage effectives)

Gratification⁽¹⁾ : ☐ NON ☐ OUI, montant de la gratification (heure/mois – brut/net) :
Barrer les mentions inutiles

Avantages en nature et en espèces :

Thème du stage :

Description des tâches, missions, détails :

Compétences à acquérir ou à développer :

TUTEURS DE STAGE

Enseignant-référent	Tuteur professionnel
Nom – Prénom :	Nom – Prénom :
Titre :	Titre :
Service :	Service :
Téléphone :	Téléphone :
Adresse mail :	Adresse mail :
Date et signature de l'enseignant référent de l'Université d'Artois :	Date et signature du tuteur professionnel de l'établissement d'accueil :

(1) Le montant horaire de la gratification est fixé à 15 % du plafond horaire de la sécurité sociale sauf montant supérieur défini par convention de branche ou accord professionnel (montant de l'heure effective de stage : 3.60 € en 2017, ce montant peut faire l'objet de modification par décret).