## **ATTESTATION DE STAGE**

(à remettre au stagiaire à l'issue du stage)

Nom (ou Raison Sociale): MAGOTTEAUX SA

Adresse : Rue du Général Sarrail

08300 AUBRIVES

Téléphone: 03 24 41 83 85

Mél: meline.robail@magotteaux.com

Certifie que		
Stagiaire		
Nom: WINTREBERT Prénom: Mathéo Adresse: 41 nue Julien Vai Clant 0830 Tel: 0632682665 Mel: m		(e) le : 25/04/2000
ÉTUDIANT EN (intitulé de la formation ou du cursus d	de l'enseignement supérieur suivi par l	e ou la stagiaire) :
BTSS10 option SLAM		
AU SEIN DU LYCÉE MONGE		
a effectué un stage prévu dans le cadre de ses étude	s	
	Stage	
	2년 auロニ/ロミ/2년 inclus urée totale de5 semaines	
La durée totale du stage est appréciée en tenant compte de la pré autorisations d'absence prévus à l'article L.124-13 du code de l'édu heures de présence consécutives ou non est considérée comme présence consécutifs ou non est considérée comme équivalente à ur	cation (art. L.124-18 du code de l'éducation). équivalente à un jour de stage et chaque p	Chaque période au moins égale à 7
Montant de la Gra	TIFICATION VERSÉE AU STAGIAI	RE
Le stagiaire a perçu une gratification de		
L'attestation de stage est indispensable pour pouvoir, sous réservertraite. La législation sur les retraites (loi n°2014-40 du 20 janvier celui-ci dans la limite de deux trimestres, sous réserve du verseme suivant la fin du stage et sur présentation obligatoire de l'atte gratification perçue. Les informations précises sur la cotisation à ver de la sécurité sociale art. L.351-17 – code de l'éducation artD.124-9	2014) ouvre aux étudiants dont le stage a ét ent d'une cotisation. La demande est à faire station de stage mentionnant la durée tota ser et sur la procédure à suivre sont à demand	<b>lé gratifié</b> la possibilité de faire valider par l'étudiant dans les deux années le du stage et le montant total de la
FAIT ÀLE		
Cachet Nom fonction et signature du représentant de l'organisme d'	acqueil	