

Année universitaire :

Convention de stage pour un public de formation initiale en France * entre :

- ☐ stage de découverte du milieu professionnel
☐ stage d'initiation au métier
☐ stage avec mission en responsabilité

Nota : pour faciliter la lecture du document, les mots « stagiaire », « enseignant référent », « tuteur de stage », « représentant légal », « étudiant » sont utilisés au masculin.

1. ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT ou DE FORMATION

Nom : Université Nice Sophia Antipolis.....
Adresse :
Tél :
Représenté par : Emmanuel TRIC.....
Qualité du représentant : Président de l'Université de Nice.....
Composante :
Tél :
Courriel :
Adresse :

2. ORGANISME D'ACCUEIL

Nom : **Xiaomi**
Adresse :
Représenté par (nom du signataire de la convention) :
Qualité du représentant : **COO**
Service dans lequel le stage sera effectué :
Tél : **+3365645454**
Courriel : **yang@xiaomi.jp**
Lieu du stage (si différent de l'adresse de l'organisme) :
162 US-1 Norwalk, CT 06854

3. LE STAGIAIRE

Nom de famille : **Des Cavernes** Nom d'usage :
Prénom : **Troll** Sexe : F ☐ M ☐ Né(e) le ____ / ____ / ____
Adresse : **16 Boulevard Michelet Marseille, Provence-Alpes-Côte d'Azur 13008**
Tél : **+336678787878** Courriel : **troll@icloud.com**
No. Etudiant : **76767676**
Intitulé de la Formation ou du cursus suivi dans l'Établissement d'Enseignement Supérieur et Volume horaire (Annuel ou Semestriel) :

SUJET DE STAGE Fabriquer un robot capable de jouer du ukulélé
Dates : du **01/12/2001** au **05/04/2002**
Représentant une durée totale de : (Nombre de Semaines / de Mois (rayer la mention inutile).
Et correspondant à : jours de présence effective dans l'organisme d'accueil.
Répartition si présence discontinue : nombre d'heures par semaine ou nombre d'heures par jour (rayer la mention inutile).
Commentaire :

ENCADREMENT DU STAGIAIRE PAR L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Nom et prénom de l'enseignant référent :
Fonction (ou discipline) : **Rêveur**
Tél : **+3354545454**
Courriel : **andrea.tettamanzi@uncie.fr**

ENCADREMENT DU STAGIAIRE PAR L'ORGANISME D'ACCUEIL

Nom et prénom du tuteur de stage :
Fonction : **COO**
Tél : **+336565656**
Courriel : **yang@xiaomi.jp**

Caisse primaire d'assurance maladie à contacter en cas d'accident (lieu de domicile du stagiaire sauf exception) :
CPAM AT - Service 34 - 06180 Nice cedex 2

GMF

* France métropolitaine + départements et régions d'outre-mer.