

Nom et Prénom de l'étudiant	<b>1</b> ère <b>année</b> ☐ BTS Banque ☐ BTS CCST	<b>2</b> ème <b>année</b> ☐ BTS Banque ☐ BTS CCST
Nom du professeur référent	☐ BTS CG ☐ BTS CJN ☐ BTS SAM ☐ BTS SIO A	☐ BTS CG ☐ BTS Notariat ☐ BTS SAM ☐ BTS SIO SISR
	☐ BTS SIO B	☐ BTS SLAM

## **ENGAGEMENT**

(à retourner au professeur référent pour signature)

Dates de stage : D	u
Organisme	d'accueil
Raison sociale	
Activité	
N° SIRET	
Adresse complète	
Téléphone	
Représentée par (signataire de la convention)	
Fonction	
Adresse du lieu du stage (Si différente de l'adresse du siège social)	
Personne à	contacter pour la gestion de la convention de stage
NOM	
Prénom	
Fonction	
Téléphone	
Mél (Obligatoire)	
	La convention de stage sera envoyée à cette adresse mèl.

Pour tout renseignement, contacter Catherine EITERER (catherine.eiterer@ac-versailles.fr), ou son assistante Nathalie Dury au **01 69 53 74 47** (nathalie.dury@ac-versailles.fr)





Partie réservée à l'administration du lycé	e
Fait le:	
Envoyée le :	

Encadre	ement du stagia	ire (tuteur)					
NOM							
Prénom							
Fonction							
Téléphone							
Mél (Obligatoire)	Le professeur référent prendra contact avec le tuteur pour une visite pendant la période de stage.						
Les missions du stage							
_							
Coordo	nnées du stagia	ire					
NOM							
Prénom							
N° Assurance (Responsabilité			Titulaire de l'assurance				
civile) Compagnie d'assurance							
Téléphone							
Mél (Obligatoire)							
Adresse complète							
		Date :		Date :			
Validation du professeur référent : (signature)		Signature de l'étudiant (Obligatoire)		Signature et cachet de l'entreprise : (Obligatoire)			

80 rue de Versailles, 91305 MASSY Tél. : 01.69.53.74.00 – Fax : 01.69.53.74.27 - Mèl : ce.0910727w@ac-versailles.fr