ORT Daniel Mayer MONTREUIL

Année universitaire Convention de stage entre

1.	L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT OU DE FORMATION
	DENSEIGNEMENT OU DE FORMATION

Nom: LYCEE ORT DANIEL MAYER Adresse: 39-45 rue Raspail. 93100 Montreuil

Tel: 01.49.88.46.50

Représenté par : M. Isaac TOUITOU

Mél : marie-laure.guigui@ort-france.fr

2. L'ORGANISME D'ACCUEIL
Nom: NAT SYSTEM
Adresse: 31 cours de juilletes
94700 Carsons Ajfort
Représenté par (nom du signataire de la convention) :
tatrick ATLAN
Qualité du représentant : Président
Service dans lequel le stage sera effectué
ay stenes er lleseaux
Tel 01 (1) 11, 33 33
Mel: Solvice - Getion Onatifite P
Lieu du stage (si différent de l'adresse de l'organisme) :

Nom: Be also de Prénom: /3. LES Adresse: 4 aller de l'Esse des	TAGIAIRE Sexe: F(M) Né(e) le: 29/07/2000
161: 00 3) 64 02 88 Mél: mathare	-5760@ gmail. Com
(ANNUEL OU SEMESTRIEL) : 15.7. \$1.0. \$15.6.	SSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET VOLUME HORAIRE
Dates: du 34 mais 30/06/2 Représentant une durée totale de 50 mais en l'accordant à 24 jours de présence effective dans l'accordant de présence effective	(Nombre de semaines/ de mois (rayer la mention inutile) organisme d'accueil. s d'heures par somaine eu par jour (rayer la mention inutile)
ENCADREMENT DU STAGIAIRE PAR L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT	ENCADREMENT DU STAGIAIRE PAR L'ORGANICATE
Nom et prénom de l'enseignant référent	Nom et prénom du tuteur de stage : Fonction (ou discipline) : 0.3800000000000000000000000000000000000
	ENCADREMENT DU STAGIAIRE PAR L'ORGANISME DE

Fonction (ou discipline): Tal: QLUS lu 3 3 3 3 Mél : Mel Sala la Maria de M

Caisse primaire d'assurance maladie à contacter en cas d'incident (lieu de domicile du stagiaire sauf exception)

ions (

en

e dro

S C

e pa

e indi

e de



AVENANT SANITAIRE A LA CONVENTION DE STAGE

1. L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT OU DE FORMATION

Nom: Lycée ORT Daniel Mayer

Adresse: 39-45 Rue Raspail 93100 MONTREUIL

TEL: 01 49 88 46 50

Nom. Ben adr

Représenté par : Monsieur Isaac TOUITOU

2. L'ORGANIS	ME D'ACCUEIL
111	AT SYSTEM Of Cours des Julia Hes
Adresse :	or Courts State
Représenté pa	r (nom du signataire de la convention) :
Patrick	ATLAN
Qualité du repr	ésentant: Président
	quel le stage sera effectué :
	лч 13 73
Mél: Service	- gestion@ not system Pe
Lieu du stage (si	différent de l'adresse de l'organisme) :
<u></u>	
DLE STAGIAIRE	

Adresse: 4 alles de la toison d'or 91 au les les 151
Adresse: 4 alles de la torma d'or 94000 l'h loil Tel: 06 91 64 0 2 88 Mél: mallar 760 @ gmil. Gon INTITULE DE LA FORMATION OLI DIL CIRSUS SUINI DANS MÉTORIO DE LA FORMATION OLI DIL CIRSUS SUINI DANS MÉTORIO DE LA FORMATION OLI DIL CIRSUS SUINI DANS MÉTORIO DE LA FORMATION OLI DIL CIRSUS SUINI DANS MÉTORIO DE LA FORMATION OLI DIL CIRSUS SUINI DANS MÉTORIO DE LA FORMATION OLI DIL CIRSUS SUINI DANS MÉTORIO DE LA FORMATION OLI DIL CIRSUS SUINI DANS MÉTORIO DE LA FORMATION OLI DIL CIRSUS SUINI DANS MÉTORIO DE LA FORMATION OLI DIL CIRSUS SUINI DANS MÉTORIO DE LA FORMATION OLI DIL CIRSUS SUINI DANS MÉTORIO DE LA FORMATION OLI DIL CIRSUS SUINI DANS MÉTORIO DE LA FORMATION OLI DIL CIRSUS SUINI DANS MÉTORIO DE LA FORMATION OLI DIL CIRSUS SUINI DANS MÉTORIO DEL CIRSUS SUINI DANS MÉTORIO DEL CIRCUS SUINI SUINI SUINI DEL CIRCUS SUINI SUINI SUINI SUI
INTITULE DE LA FORMATION OU DU CURSUS SUIVI DANS L'ÉTABLISSEMENT :
Dates: du 24/05/2021 au 30/06/2021
Représentant une durée totale de
LL COIT COPULIED IN THE COURSE OF A PROCESS
Répartition si présence discontinue :
Compte tenu des conditions sanitaires actuelles l'accesione d'

Compte tenu des conditions sanitaires actuelles, l'organisme d'accueil confirme son accord d'accueillir l'étudiant/l'élève pour la période de stage prévue du 3000 en présentiel (dans l'entreprise) ou en distanciel et s'engage à faire bénéficier son stagiaire de toutes les mesures de protection sanitaires exigées par les instances gouvernementales, notamment:

Pasan A Vest 10 18/03/202

Pour L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Nom et signature du représentant Marie-Laure GUIGUI

Nom et signature du Professeur Principal ou Professeur-Référent CLEMENT

L'Elève/Etudiant : Nom et signature de l'élève/étudiant ou des représentant légaux pour les mineurs :

POUR L'ORGANISME D'ACCUEIL

Cachet, nom et signatur cours des sulliones e l'organisme d'accueil 94700 MAISONS-ALFORT

Tél. 01 45 14 73 73 - Fax: 01 45 14 73 74

ret

es la de