

Cette fiche est un document préalable à la rédaction
et à la signature de la convention de stage. Elle ne se substitue pas à celle-ci.

ETUDIANT

Numéro étudiant :

Nom : Prénom :

Adresse : Code postal :

Ville : Mail :

Diplôme préparé cette année :

Veuillez choisir votre affiliation à la sécurité sociale :

☐ En qualité d'ayant droit d'assuré social☐ En qualité d'étudiant(e)☐ Par une assurance volontaire☐ Étudiant étranger

Veuillez choisir votre caisse d'assurance maladie :

☐ Caisse Primaire d'Assurance Maladie☐ Mutualité Sociale Agricole (Pour les salariés ou exploitants agricoles)☐ Régime Social des Indépendants (Pour les artisans, commerçants, industriels et professions libérales)☐ Régimes spéciaux (Pour les travailleurs des mines, de la S.N.C.F., de la R.A.T.P., les militaires, les marins)**ORGANISME D'ACCUEIL (Entreprise, association, etc.)**

Raison sociale (nom) :

Groupe :

Numéro SIRET (14 chiffres) : **(seulement pour les stages en France)**Code APE : **(seulement pour les stages en France)**ou Activité principale **(OBLIGATOIRE POUR LES STAGES A L'ETRANGER)**Effectif :☐ 0☐ 1 à 9☐ 10 à 49☐ 50 à 199☐ 200 à 999☐ 1000 et +Type d'établissement :☐ Administration☐ Association☐ Entreprise privée☐ Entreprise publique/ SEM☐ Université☐ Autres☐ Laboratoire privé☐ Laboratoire public☐ Mutuelle coopérative

Si entreprise privée :

☐ EURL☐ SARL☐ SA☐ SAS☐ SNS☐ Autres

Adresse (voie, rue, bâtiment, etc.) :

Code postal : Ville (Commune) :

Pays : Mail :

Téléphone : Site Internet :

SERVICE D'ACCUEIL/ LIEU DU STAGENom du service : **(à traduire dans la langue de la convention)**☐ Même adresse que l'établissement principal☐ Si autre, préciser :

Adresse (voie, rue, bâtiment, etc.) :

Code postal : Ville (Commune) :

Pays : Tél :

TUTEUR ORGANISME D'ACCUEIL☐ Mme☐ M.

Nom : Prénom :

Fonction : **(à traduire dans la langue de la convention)**

Tél. : Mail :

CONVENTION

Modèle de convention : ☐ Français ☐ Anglais

Contenu du stage : Type de stage : ☐ Obligatoire ☐ Conseillé

Sujet (à traduire dans la langue de la convention) :

Activités confiées (Fonctions et tâches) (140 caractères maximum) (à traduire dans la langue de la convention) :

Compétences (à acquérir/ développer au cours du stage) (140 caractères maximum) (à traduire dans la langue de la convention) :

Dates/ horaires :

Début du stage le : Fin du stage le :

Interruption au cours du stage : ☐ oui ☐ non

Si oui : Date de début d'interruption du stage :

Date de fin d'interruption du stage :

Durée effective du stage en heures (Nbre total d'heures de présence (sachant que 7h de présence, consécutives ou non, sont considérées comme équivalente à 1 jour)) :

Nombre de jours de travail hebdomadaires :

☐ 0.5 ☐ 1 ☐ 1.5 ☐ 2 ☐ 2.5 ☐ 3 ☐ 3.5 ☐ 4 ☐ 4.5 ☐ 5 ☐ 5.5 ☐ 6

Temps de travail : ☐ Temps plein ☐ Temps partiel

Nombres d'heures hebdomadaires (35h par défaut) :

Commentaire sur le temps de travail (ex : détail des horaires et semaines travaillées si le stage est effectué en plusieurs périodes) :

Nombre de jours de congés autorisés (ou modalités des congés et autorisations d'absence durant le stage) :

Gratification :

Gratification au cours du stage : ☐ oui ☐ non

Si oui, montant de la gratification (en €) : ☐ Par heure/ ☐ Par mois - ☐ Net/ ☐ Brut

Modalité de versement de la gratification : ☐ Chèque ☐ Virement bancaire ☐ Espèces

Divers :

Comment le stage a-t-il été trouvé ?

☐ Réponse à une offre de stage ☐ Candidature spontanée ☐ Réseau de connaissance
☐ Fichier d'entreprises ☐ Autres ☐ Réponse à une offre diffusée par l'UTLN

Confidentialité du sujet/thème du stage : ☐ oui ☐ non

Modalité de suivi du stagiaire par l'établissement (suivi hebdo, RDV tél) :

Liste des avantages en nature (restauration, hébergement, remboursement) :

Nature du travail à fournir suite au stage : ☐ Rapport de stage ☐ Autre

Modalité de validation du stage : ☐ Soutenance ☐ Rapport de stage ☐ Soutenance et rapport de stage

Si le stagiaire doit être présent la nuit, le dimanche, ou un jour férié, préciser :

ENSEIGNANT REFERENT

☐ Mme ☐ M. Nom : Prénom :

REPRESENTANT LEGAL DE L'ORGANISME D'ACCUEIL (Signataire de la convention)

☐ Mme ☐ M. Nom : Prénom :

Fonction :

Tél. : Mail :