

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONVENTION DE STAGE 2016/2017

Document à renvoyer par mail à umfcs.sante@udamail.fr ou par courrier à l'adresse ci-dessous

Attention : Ce document n'est pas une convention de stage

INTITULE DU DIPLOME

CANDIDAT

NOM : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Portable : Mail :

ENTREPRISE D'ACCUEIL

NOM :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Personne ressource à contacter :
Nom et qualité du représentant (signataire) légal :
Tél. : Télécopie :
Mail :

STAGE

Responsable du stage ou tuteur entreprise :
Coordonnées directes du responsable de stage :
Dates du stage (date de début / date de fin ou dates des sessions de stage) **OBLIGATOIRE** :
Volume horaire hebdomadaire :
Lieu du stage (si différent de l'adresse précitée) :

Dès réception de ces informations, l'U.M.F.C.S procédera à l'établissement de votre convention de stage.

Signature du candidat	Avis pédagogique (Responsable Pédagogique) Signature et nom de l'enseignant
	<input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable Signature