



## Demande de convention de stage

*A remplir et à remettre au secrétariat - prévoir un délai de 15 jours pour l'établissement de la convention*

### Le stagiaire :

Nom: ..... Prénom: ..... Sexe : F  M  Né(e) le :...../...../.....

Adresse: .....

.....

Tel:..... Mél: .....

Intitulé de la formation ou du cursus suivi dans l'établissement d'enseignement supérieur:

.....

1<sup>ère</sup> Année     2<sup>e</sup> année     3<sup>e</sup> année

### L'organisme d'accueil :

Nom de l'entreprise: .....

.....

Etablissement Public     Etablissement Privé

Adresse de l'entreprise: .....

.....

Tel:..... Mél: .....

Représenté par (signataire de la convention): Nom: ..... Prénom: .....

Qualité du représentant:.....

Service dans lequel le stage sera effectué: .....

Lieu du stage (si différent de l'adresse de l'organisme): .....

.....

.....

### Encadrement du stagiaire par l'organisme d'accueil :

Nom du tuteur de stage: ..... Prénom : .....

Fonction: ..... Tel : ..... Mél : .....

## Stage :

Sujet de stage : .....

Activités confiées: .....

Dates exactes du stage : **Du** ..... **Au** .....

Et correspondant à ..... Jours de présence effective dans l'organisme d'accueil.

La durée hebdomadaire de présence du stagiaire dans l'organisme d'accueil sera de ..... heures sur la base  d'un temps complet ou  d'un temps partiel.

Si le stagiaire doit être présent dans l'organisme d'accueil la nuit, le dimanche ou un jour férié, préciser les cas particuliers: .....

Répartition si présence discontinue: nombre d'heures par semaine : ..... **ou** nombre d'heures par jour : .....

NOMBRE DE JOURS DE CONGES AUTORISES / ou modalités des congés et autorisations d'absence durant le stage : .....

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

## Avantages et gratification pendant le stage :

Avantages : .....

Montant de la gratification: .....€ / mois

## Si stage à l'étranger :

L'organisme d'accueil fournit-il une protection Maladie au stagiaire, en vertu du droit local :  OUI  NON

### *Partie réservée au responsable du département de formation de l'ICR*

#### **COMPETENCES A ACQUERIR OU A DEVELOPPER :**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Connaissance du métier et du secteur professionnel | <input type="checkbox"/> Rigueur et précision dans le travail | de travail (entreprise ou service)  |
| <input type="checkbox"/> Compétences techniques                             | <input type="checkbox"/> Sens de l'organisation               | <input type="checkbox"/> Capacités d'adaptation et d'initiative               |
| <input type="checkbox"/> Capacités d'analyse et de synthèse                 | <input type="checkbox"/> Ponctualité                          | <input type="checkbox"/> Aptitude à l'autocritique et à la remise en question |
| <input type="checkbox"/> Imagination, créativité                            | <input type="checkbox"/> Qualités relationnelles              |   |
|   | <input type="checkbox"/> Compréhension de la structure        |   |

Date de la demande: ...../...../.....

Signature de l'étudiant :

Signature du responsable de formation de l'ICR :