

## **Avenant à la convention de stage**



Le présent avenant vise à modifier le déroulement du stage qui avait été convenu entre :

<u>L'ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR</u>	<u>L'ORGANISME D'ACCUEIL</u>
Nom : <b>Sorbonne Université</b>	Nom :
Adresse (siège social) : 21 rue de l'école de médecine, 75006 PARIS	Adresse :
Représenté par <b>le Président Jean CHAMBAZ ou son représentant</b> (nom du représentant) :	Représenté par (nom du signataire de la convention) :
Qualité du représentant :	Qualité du représentant :
Tel :	Tel :
Courriel :	Courriel :
Département/Ecole/Institut/UFR :	Département/Service dans lequel le stage est effectué :
Tel :	Tel :
Courriel :	Courriel :
<b>N° SIREN : 130 023 385</b>	<b>N° SIREN :</b>
<b>Catégorie : Organisme public</b>	<b>Catégorie :</b>
	Grande entreprise (>500 salariés)
	PME/PMI (11 à 50 salariés)
	Organisme public
	ETI (>50 et <500 salariés)
	TPE (1 à 10 salariés)
	Secteur associatif

<b>L'ETUDIANT(E) STAGIAIRE</b>	
N° de carte d'étudiant(e) :	
Nom : _____	
Prénom : _____	
Sexe :      F      M	
Né(e) le : _____	
Adresse : _____	
Tel : _____	
Courriel : _____	
Intitulé de la formation ou du cursus suivi à Sorbonne Université :	
Volume horaire annuel d'enseignement :	
D'un commun accord, le stage, initialement prévu :	
DU	AU
LIEU (si différent de l'adresse de l'organisme d'accueil) :	
DURÉE DU STAGE :      Heures      Jours      Semaines      Mois ( <i>choisir la mention</i> )	
Nombre de jours de présence effective de stage :	
Durée horaire hebdomadaire :      à temps complet ou à temps partiel	

Sera ainsi modifié :

*(Cocher la ou les cases correspondantes)*

La durée du stage sera étendue : DU

AU

Les horaires sont modifiés de la façon suivante :

Le stage sera provisoirement suspendu pour la période allant : DU

AU

Dans le cadre du stage, le stagiaire pourra se déplacer ou se rendre à l'adresse suivante :

La gratification mensuelle sera d'un montant de :

Autre :

**Fait en 3 exemplaires à**

**le,**

**L'ENSEIGNANT REFERENT DU STAGIAIRE**

Nom et signature

**LE TUTEUR DE STAGE DE L'ORGANISME D'ACCUEIL**

Nom et signature

**POUR SORBONNE UNIVERSITE**

Nom et signature du représentant de l'établissement

**POUR L'ORGANISME D'ACCUEIL**

Nom et signature du représentant de l'organisme d'accueil

**STAGIAIRE (OU SON REPRESENTANT LEGAL)**

Nom et signature