DIRECTION DE LA FORMATION, DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE ET DE LA VIE ETUDIANTE - DFIPVE

SCIENCES SORBONNE UNIVERSITÉ

Convention pédagogique

L'ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR	STRUCTURE D'ACCUEIL
Nom : **Sorbonne Université** Adresse (siège social) : 21 Rue de l'école de médecine 75006 Paris Représenté par la Présidente **Nathalie DRACH-TEMAM** ou son représentant (nom du représentant) Qualité du représentant : ☎ : Courriel : Département/École/Institut/UFR/Faculté : ☎ : Courriel : N° SIREN : 130 023 385 N° SIRET : 130 023 385 00011 Catégorie : **Organisme public**	Nom : Adresse : Représenté par (nom du signataire de la convention) : Qualité du représentant : ☎ : Courriel : Structure interne (dans lequel le stage sera effectué) : ☎ : Courriel : N° SIREN : N° SIRET :

L'ETUDIANT(E)

N° de carte d'étudiant(e) :

Nom : Prénom :

Sexe: F ◯ M ◯ Né(e) le :

Adresse :

☎ : Courriel :

Intitulé de la formation ou du cursus suivi à Sorbonne Université :

Volume horaire annuel d'enseignement :

ENCADREMENT DE L'ETUDIANT(E) PAR SORBONNE UNIVERSITE	ENCADREMENT DE L'ETUDIANT(E) PAR LA STRUCTURE D'ACCUEIL
Nom et prénom de l'enseignant référent : Fonction : ☎ : Courriel :	Nom et prénom du tuteur : Fonction : ☎ : Courriel :

Modalités d'encadrement (visites, rendez-vous téléphoniques, etc, ...) :

STATUT JUSTIFIANT DE L'ABSENCE DE CONVENTION DE STAGE :

☐ Salarié de la structure d'accueil (si CDD, date de début et de fin)

☐ Salarié d'une autre structure

Nom de l'employeur :

N° SIRET employeur :

Adresse de l'employeur :

Si contrat à durée déterminée, date de début et de fin

Joindre copie de la décision de l'employeur [pour les internes, le contrat recherche] d'autoriser son salarié à effectuer la période de « stage » au sein de la structure d'accueil

☐ Étudiant entrepreneur : Joindre copie de la notification du statut.

☐ Autre :

SUJET DU STAGE :

NATURE DU STAGE :
☐ UE obligatoire ☐ UE optionnelle ☐ Stage de réorientation ☐ Stage de césure en cours de formation

DATE DU STAGE : DU AU ; DU AU

LIEU DU STAGE (si différent de l'adresse de la structure d'accueil) :

DUREE DU STAGE : ☐ Heures ☐ Jours ☐ Semaines ☐ Mois

Nombre de jours de présence effective dans la structure d'accueil :

Durée horaire hebdomadaire : ☐ à temps complet ou ☐ à temps partiel

COMPETENCES A ACQUERIR OU À DÉVELOPPER AU COURS DU STAGE

ACTIVITES CONFIEES (selon des objectifs de formation et les compétences à acquérir) :

MODALITES DE VALIDATION DE STAGE (NB d'ECTS et modalités alternatives en cas de rupture de la convention à l'initiative de l'organisme d'accueil) :

Fait à , le

L'ENSEIGNANT REFERENT DE L'ETUDIANT
NOM ET SIGNATURE

LE TUTEUR DE STAGE DE LA STRUCTURE D'ACCUEIL
NOM ET SIGNATURE

LE RESPONSABLE DE LA FORMATION SORBONNE UNIVERSITE
NOM ET SIGNATURE

POUR LA STRUCTURE D'ACCUEIL
NOM ET SIGNATURE DU REPRESENTANT

ETUDIANT(E)
NOM ET SIGNATURE