

Modalités d'encadrement (visites, rendez-vous téléphoniques, etc, ...) :
STATUT JUSTIFIANT DE L'ABSENCE DE CONVENTION DE STAGE : <input type="checkbox"/> Salarié de la structure d'accueil (si CDD, date de début _____ et de fin _____) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Étudiant entrepreneur : Joindre copie de la notification du statut. <input type="checkbox"/> Autre : _____
SUJET DU STAGE : _____
NATURE DU STAGE : <input type="checkbox"/> UE obligatoire <input type="checkbox"/> UE optionnelle <input type="checkbox"/> Stage de réorientation <input type="checkbox"/> 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 : _____ <input type="checkbox"/> à temps complet ou <input type="checkbox"/> 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