**Une image contenant clipart

Description générée automatiquementFICHE PREALABLE A L’ETABLISSEMENT DE LA CONVENTION DE STAGE EN MILIEU PROFESSIONNEL**

**Nom et Prénom du stagiaire *:*** *Nom Prénom étudiant* **- BTS CRSA A1 2024 –**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Né(e) le :** *date naissance étudiant* | | | | | | | | | **A :** *Lieu naissance étudiant* | | | | | | | |
| **Adresse :** *adresse domicile étudiant* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **C.P. – Ville** *CP*: - *Ville domicile étudiant* | | | | | | | | | **CPAM rattachement :** *CPAM étudiant* | | | | | | | |
| **Tel :** *numéro tel portable étudiant* | | | | | | | | | **Mail :** *prenom*.*nom*@2024.icam.fr | | | | | | | |
| **ENTREPRISE** | | | | | | | | | **Merci de remplir en majuscules** | | | | | | | |
| **Dénomination Sociale :** *Dénomination Sociale* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Code APE :** *APE* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SIRET :** *N° SIRET* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Activité :** *Activité* | | | | | | | | | **Effectif :** *Nb* | | | | | | | |
| **Nom du directeur :** *Nom du directeur* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Contact Ressources Humaines :** *Nom contact RH* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Mail RH :** *mail RH* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adresse siège administratif :** *adresse siège administratif partie 1*  *Adresse siège administratif partie 2* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **C.P. :** *CP siège admin* | | | | | | | | | **Ville :** *Ville siège admin* | | | | | | | |
| **Téléphone :** | | | | *Tel* | | | | | | | | | **Fax :** *Fax* | | | |
| Adresse du lieu du stage si différente de celle citée ci-dessus :  *Adresse lieu de stage partie 1*  *Adresse lieu de stage partie 2*  *CP* *ville lieu de stage* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Jours et Horaires prévus** **:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | lundi |  | mardi | |  | mercredi | |  | | jeudi |  | | | vendredi |  | samedi |
| Matin : de *hh* h *mm*  à *hh* h *mm* | | | | | Après-midi : de *hh* h *mm*  à *hh* h *mm* | | | | | | | Spécifique : *détail* | | | | |
| STAGE EN MILIEU PROFESSIONNEL | | | | | | | DU 02 NOVEMBRE AU 27 NOVEMBRE 2020 CONVENTION OZANAM | | | | | | | | | |
| Tuteur de stage : *Nom* *Prénom tuteur* | | | | | | | | Date de naissance : *date naissance tuteur* | | | | | | | | |
| Fonction : *Fonction tuteur* | | | | | | | | | Service : *Service tuteur* | | | | | | | |
| Téléphone : *Téléphone pro tuteur* | | | | | | | | | Mail : *mail pro tuteur* | | | | | | | |
| Poste(s) occupé(s) pendant le stage par l’étudiant :  *Intitulé poste*  *Complément intitulé poste si besoin* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Service d’affectation du stagiaire : | | | | | | | | | *Service affectation* | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **« Vie en entreprise et étude, amélioration, processus, projet »** | |
| **Mission(s) confiée(s) au stagiaire :**  *Mission confiée n°1*  *Mission confiée n°2*  *Mission confiée complément si besoin* | |
| Description des tâches confiées à l’étudiant pendant la durée du stage :  *Description des tâches*  *Description des tâches*  *Description des tâches* | |
| Validation Entreprise  Tuteur entreprise | Date et signature :*Date*  Vous pouvez insérer ici votre signature numérique |

CRITERES DE VALIDATION DE PERIODE EN ENTREPRISE

PARTIE COMPLETEE PAR L’ACCOMPAGNATEUR PDD APRES LECTURE ET DISCUSSION AVEC L’ETUDIANT

L’entreprise semble avoir bien compris l’ambition de cette première expérience :

Pour l’activité « vie en entreprise », l’entreprise doit avoir une dimension suffisante et des services distincts

oui  non

Pour l’activité « Etude et amélioration de processus, projet », le stage permettra d’envisager une vraie mission ambitieuse

oui  non

Un tutorat est mis en place par l’entreprise  oui  non

L’étudiant a véritablement choisi l’entreprise (domaine d’activité, structure, contenu de la mission )

oui  non

|  |  |
| --- | --- |
| Validation ICAM – Accompagnateur PDD | Date et signature : *Date*  Vous pouvez insérer ici votre signature numérique |
| Validation OZANAM – Responsable du 1er cycle Icam Apprentissage | Date et signature : *Date*  Vous pouvez insérer ici votre signature numérique |

Cette fiche, complétée et validée, sera remise à Aurélie DEWAILLY afin d’établir la convention

Professeur référent : Choisissez un élément. champ renseigné par Mme DEWAILLY