**FICHE 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 06 JUILLET AU 31 JUILLET 2020 CONVENTION ICAM |
| 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 EntrepriseTuteur entreprise | Date et signature :*Date*Vous pouvez insérer ici votre signature numérique  |

|  |  |
| --- | --- |
| Validation ICAM | Date et signature : *Date*Vous pouvez insérer ici votre signature numérique  |

Cette fiche, complétée et validée, sera remise à Nathalie PAULMIER afin d’établir la convention