

FICHE DE STAGE - 1 OL

Nom du magasin	
Responsable (nom - fonction)	
Adresse complète du lieu de stage	
N° SIRET	
N° téléphone	
N° Fax	
Adresse mail	

Nous acceptons d'accueillir en stage dans notre magasin :

<input type="checkbox"/> (1) - pour 4 semaines :	du Lundi 23 Novembre au Samedi 19 Décembre 2020
<input type="checkbox"/> (1) - pour 4 semaines :	du Lundi 15 Mars au Samedi 10 Avril 2021
<input type="checkbox"/> (1) - pour 8 semaines :	du Lundi 23 Novembre au Samedi 19 Décembre 2020 et du Lundi 15 Mars au Samedi 10 Avril 2021

(1) cocher la case correspondant à votre choix

Nom - Prénom de l'élève	
Classe - formation	Première OL 2 ^{ème} année de Baccalauréat Professionnel «Optique-Lunetterie »

Le tutorat sera confié à :

M. MME (nom-prénom)	
N° tél (direct)	
Adresse mail	

Emploi du temps du stagiaire : France : 35 Heures hebdomadaire maxi
Etranger : Horaire hebdomadaire légal du pays

	Matin		Après - midi	
Lundi	de :	à :	de :	à :
Mardi	de :	à :	de :	à :
Mercredi	de :	à :	de :	à :
Jeudi	de :	à :	de :	à :
Vendredi	de :	à :	de :	à :
Samedi	de :	à :	de :	à :

cachet du magasin	Fait à le Signature du responsable du magasin,
-------------------	---

Document à retourner au :

**Lycée Polyvalent « Victor Bérard » - 35 Quai Aimé Lamy - BP 70087 - 39403 MOREZ Cedex
Fax : 03.84.33.36.63 - Email : sti.lyc.berard.morez@ac-besancon.fr**