

# FICHE PFMP - Période de Formation en Milieu Professionnel - T OL

|                            |  |
|----------------------------|--|
| NOM du magasin             |  |
| Adresse                    |  |
| Lieu du stage si différent |  |
| N° SIRET                   |  |
| NOM responsable-Fonction   |  |
| N° téléphone               |  |
| Adresse mail               |  |

**Nous acceptons d'accueillir en stage dans notre magasin :**

|                   |               |   |
|-------------------|---------------|---|
| pour 8 semaines : | 6 semaines    | du Mardi 3 Janvier au Samedi 4 Février 2023 |
|                   | et 2 semaines | du Lundi 20 Février au Samedi 11 Mars 2023  |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| NOM – PRÉNOM de l'élève |   |
| Classe                  | T OL<br>3 <sup>ème</sup> année de Baccalauréat Professionnel OPTIQUE LUNETTERIE |

|   |  |
|---|--|
| Le tutorat sera confié à :<br>M. MME (nom-prénom) |  |
| N° tél (direct)                                   |  |
| Adresse mail                                      |  |

**Emploi du temps du stagiaire :** si mineur : 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 .....<br>Signature du responsable du magasin, |
|-------------------|---|

**Document à retourner à l'attention d'ISABELLE DEREU :**

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