

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

NOM – PRÉNOM de l'élève
Classe	T OL 3 ^{ème} année de Baccalauréat Professionnel OPTIQUE LUNETTERIE
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 lundi 8 janvier au samedi 17 février 2024 et 2 semaines du lundi 4 mars au samedi 16 mars 2024
--------------------------	---

Le tutorat sera confié à : 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 :

<u>cachet du magasin</u>	Fait à le 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