

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PFMP - Période de Formation en Milieu Professionnel - Tle OL

NOM – PRÉNOM de l'élève
Classe	3 ^{ème} année de baccalauréat professionnel OPTIQUE LUNETTERIE
NOM du magasin
Adresse	
Lieu de PFMP si différent	
N° SIRET	
NOM responsable-Fonction	
N° téléphone	
Adresse mail	

Nous acceptons d'accueillir l'élève en PFMP dans notre magasin :

pour 6 semaines :	du lundi 13 janvier au samedi 22 février 2025
--------------------------	--

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 :

<p style="text-align: center;"><u>cachet du magasin</u></p>	<p>Fait à le</p> <p>Signature du responsable du magasin :</p>
---	---

Document à retourner à l'attention de Mme Sid :