

# FICHE DE STAGE

Nom du magasin	
Responsable (nom - prénom)	
Adresse complète	
N° SIRET	
N° téléphone	
N° Fax	
Email	

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

<input type="checkbox"/> (1) - pour 5 semaines	:	du Lundi 20 Novembre au Samedi 23 Décembre 2017
<input type="checkbox"/> (1) - pour 3 semaines	:	du Lundi 19 Mars au Samedi 7 Avril 2018
<input type="checkbox"/> (1) - pour 8 semaines	:	du Lundi 20 Novembre au Samedi 23 Décembre 2017 et du Lundi 19 Mars au Samedi 7 Avril 2018

(1) cocher la case correspondant à votre choix

Nom de l'élève	
Classe - formation	Première OL..... 2 <sup>ème</sup> année de Baccalauréat Professionnel « Optique-Lunetterie »

**Le tutorat sera confié à :**

M. MME (nom - prénom)	
-----------------------	--

<u>cachet du magasin</u>	<u>signature du responsable du magasin</u>
--------------------------	--

**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