

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 27 Mai au Samedi 29 Juin 2019
--	---	--

(1) cocher la case correspondant à votre choix

Nom de l'élève	
Classe - formation	Seconde OL..... 1 ^{ère} 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