

FICHE DE STAGE - T OL

Nom du magasin	
Responsable (nom - fonction)	
Adresse complète du lieu de stage	
N° SIRET	
N° téléphone	
N° Fax	
Adresse mail	

Nous acceptons d'accueillir en stage dans notre magasin :

Nom - Prénom de l'élève	
Classe - formation	Terminale OL 3^{ème} année de Baccalauréat Professionnel «Optique-Lunetterie »
<input type="checkbox"/> (1) - pour 8 semaines :	du Lundi 2 Décembre au Samedi 21 Décembre 2019 et du Lundi 6 Janvier au Samedi 8 Février 2020

(1) cocher la case correspondant à votre choix

Le tutorat sera confié à :

M. MME (nom-prénom)	
N° tél (direct)	
Adresse mail	

Emploi du temps du stagiaire : 35 Heures par semaine maxi

	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 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