

# ACCORD PREALABLE D'ACCUEIL EN PFMP

Ce document n'est pas une convention de stage (à ramener complété au Service DDFPT)

BACCALAUREAT PROFESSIONNEL

Première Accompagnement, Soins et Services à la Personne

## 1 ASSP

## ELEVE - STAGIAIRE

### ELEVE

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

NE LE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  : MINEUR

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_

TEL : (Port) \_\_\_\_\_

Régime de Demi-Pension pendant le stage PFMP:

Interne  Demi-Pension.  Externe

### RESPONSABLE

SI MINEUR

CIV :  Melle  Mme.  M.

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

TEL : (Port) \_\_\_\_\_

(Dom.) \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

### SIGNATURES

SI MINEUR

Elève :  
Signature :

Responsable :  
Signature :

Le : \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_

Le : \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_

### PERIODES

Période 1 : **10/01/22 => 05/02/22**  Oui ;  Non

Période 2 : **02/05/22 => 28/05/22**  Oui ;  Non

**TRANSPORT**  Voiture ;  Train ;  Scooter ;  Autes :.....

**REPAS**  Lycée ;  Domicile ;  Resto Entreprise ;  Panier

### HORAIRES

2 jours de repos consécutifs dont le dimanche

- 15 ans : dans la limite de 7 heures par jour et 30 heures par semaine

- 18 ans : dans la limite de 8 heures par jour et 35 heures par semaine

- 16 ans : entre 06h00 et 20h00

16 à 18 ans : entre 06h00 et 22h00

: Fixes (à préciser ci-dessous)

JOUR	MATIN		APRES MIDI	
	DEBUT	FIN	DEBUT	FIN
LUNDI				
MARDI				
MERCREDI				
JEUDI				
VENDREDI				
SAMEDI				

Nombre d'heures totales par semaine : \_\_\_\_\_ hres/sem

: Fluctuants (respect du maximum admissible)

Déplacements hors lieu d'accueil :  : Autre \_\_\_\_\_

: Chantiers  : Achats  : Interventions à domicile

## LIEU D'ACCUEIL

NOM (si différent) : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_

SERVICE : \_\_\_\_\_

CIV :  Melle  Mme.  M.

NOM (Tuteur) : \_\_\_\_\_

TEL (L.D.) : \_\_\_\_\_

## ENTREPRISE D'ACCUEIL

### COORDONNEES DU SIEGE SOCIAL

NOM (R.S.) : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_

TEL : (STD) \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

### RESPONSABLES DU SIEGE SOCIAL

CIV :  Melle  Mme.  M.

NOM (Direction) : \_\_\_\_\_

TEL (L.D.) : \_\_\_\_\_

CIV :  Melle  Mme.  M.

NOM (RRH) : \_\_\_\_\_

TEL (L.D.) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

### SIGNATURE

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_

Cachet de l'Entreprise

Responsable :  
M. \_\_\_\_\_  
Signature :

# INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

## **ENTREPRISE :**

Secteur d'activités : \_\_\_\_\_  
(Par exemple : Enedis => Gestionnaire du réseau de distribution d'électricité)

Nom de l'organisme d'assurance : \_\_\_\_\_

Numéro de police d'assurance : \_\_\_\_\_

**Autorisation dérogatoire, pour travaux interdits aux mineurs, prévu à l'article R.4153-40 du Code du Travail (*Utilisation de machines dangereuses*)**

**Date de délivrance par l'inspection du travail : \_\_\_ / \_\_\_ / 20 \_\_\_**

Participation financière aux frais occasionnés de l'élève par son stage

Catégories	Montants (en €)
Hébergement	€
Restauration	€
Transport	€

Gratification éventuelle (Obligation au-delà de 2 mois consécutifs ou non dans l'année scolaire au sein d'un même organisme d'accueil)

**Montant total : \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ €**

Modalité de versement mensuel : \_\_\_\_\_

N°	Description des activités professionnelles envisagées pendant le stage	Validation Prof.		
		OUI	NON	NE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

NE : Non Evaluée

## **ELEVE :**

Vaccins obligatoires à jour pour les activités de soins (ASSP)

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lien de parenté du responsable légal du mineur signataire de l'accord :

Père ;  Mère ;  Tuteur

## **ETABLISSEMENT :**

Date de fin de Formation P.R.E. (MELEC) : \_\_\_ / \_\_\_ / 20 \_\_\_ - Niveau Habilitation :  B0V  B1V  BR

Signataire pour Validation du lieu d'accueil par l'équipe pédagogique :

Nom : \_\_\_\_\_

Professeur Principal  Professeur Référent

Chargé du suivi des PFMP (stages) : Mme CHARPENTIER C.

☎ 02.32.27.69.80

✉ adj-ddfpt.0270026g@ac-rouen.fr

**Signature :**

Le : \_\_\_ / \_\_\_ / 20 \_\_\_

DIRECTION DELEGUEE AUX FORMATIONS PROFESSIONNELLES ET TECHNOLOGIQUES

Tel (L.D.) : 02.32.27.67.15

Courriel : ddfpt.0270026g@ac-rouen.fr