

ACCORD PREALABLE D'ACCUEIL EN PFMP

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

BACCALAUREAT PROFESSIONNEL
Première Métiers du Commerce et de la vente
Option A Animation et Gestion de l'espace commercial

1 MCV

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

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

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

- de 16 ans : entre 06h00 et 20h00

De 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