

# ACCORD PREALABLE D'ACCUEIL EN PFMP

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

BACCALAUREAT PROFESSIONNEL

Seconde Métiers de la Relation Client

**2 MRC**

**A RENDRE AU PLUS TARD LE 12/10/26**

## PERIODES

Période 1 : **09/11/26 => 28/11/26** ☐ Oui ; ☐ Non

Période 2 : **30/03/27 => 17/04/27** ☐ Oui ; ☐ Non

**TRANSPORT** ☐ Voiture ; ☐ Train ; ☐ Scooter ; ☐ Autres : .....

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

## HORAIRES

**2 jours de repos consécutifs dont le dimanche**

**- de 15 ans, dans la limite de 7 heures/jour et 30 heures/semaine**

**- de 18 ans, dans la limite de 8 heures/jour et 35 heures/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.) : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_

## 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 ent. |     |    |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----|----|
|    |                                                                                 | OUI             | NON | NE |
|    | <b>Intégrer la relation client dans un cadre « omnicanal »</b>                  |                 |     |    |
| 1  | Prendre contact                                                                 |                 |     |    |
| 2  | Identifier le besoin                                                            |                 |     |    |
| 3  | Identifier le client et ses caractéristiques                                    |                 |     |    |
| 4  | Proposer une solution adaptée au parcours client                                |                 |     |    |
|    | <b>Assurer le suivi de la relation client</b>                                   |                 |     |    |
| 5  | Gérer le suivi de la demande                                                    |                 |     |    |
| 6  | Satisfaire le client                                                            |                 |     |    |
| 7  | Fidéliser le client                                                             |                 |     |    |
|    | <b>Collecter et exploiter l'information dans le cadre de la relation client</b> |                 |     |    |
| 8  | Assurer la veille informationnelle et commerciale                               |                 |     |    |
| 9  | Traiter et exploiter l'information                                              |                 |     |    |
| 9  | Diffuser l'information                                                          |                 |     |    |

NE : Non Evaluée

## **ELEVE :**

Lien de parenté du responsable légal du mineur signataire de l'accord : ☐ Père ; ☐ Mère ; ☐ Tuteur

## **ETABLISSEMENT :**

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-normandie.fr

**Signature :**

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

DIRECTION DELEGUEE AUX FORMATIONS PROFESSIONNELLES ET TECHNOLOGIQUES

Tel (L.D.) : 02.32.27.67.15

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