

ACCORD PREALABLE D'ACCUEIL EN PFMP

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

CERTIFICAT D'APTITUDE PROFESSIONNELLE
Seconde Production et Service en Restauration

2 CAP PSR

A RENDRE AU PLUS TARD LE 04/01/27

PERIODES

Période 1 : **18/01/27 => 06/02/27** ☐ Oui ; ☐ Non

Période 2 : **31/05/27 => 26/06/27** ☐ 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.) : _____

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 :

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__

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 Entrep.		
		OUI	NON	NE
Pôle 1 - Production alimentaire				
1	A1 - Réception et stockage des produits alimentaires et non alimentaires			
2	A2 - Réalisation des opérations préliminaires sur les produits alimentaires			
3	A3 - Réalisation de préparations et de cuissons simples			
4	A4 - Assemblage, dressage et conditionnement des préparations alimentaires			
5	A5 - Mise en œuvre des opérations d'entretien dans les espaces de production			
Pôle 2 - Service en restauration				
6	A6 - Mise en place et réapprovisionnement des espaces de distribution, de vente et de consommation			
7	A7 - Prise en charge des clients ou des convives			
8	A8 - Service aux clients ou convives			
9	A9 - Encaissement des prestations			
10	A10 - Mise en œuvre des opérations d'entretien dans les espaces de distribution, vente, consommation et les locaux annexes			

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