

ACCORD PREALABLE D'ACCUEIL EN PFMP

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

BACCALAUREAT PROFESSIONNEL

Seconde Technicien en Réalisation de Produits Mécaniques
option Réalisation et Suivi de Production

2 TRPM

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 : **15/11/21 => 04/12/21** Oui ; Non

Période 2 : **21/03/22 => 09/04/22** 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