

# ACCORD PREALABLE D'ACCUEIL EN PFMP

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

BACCALAUREAT PROFESSIONNEL

Term Gestion-Administration

**T GA**

## 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 : **27/09/21 => 23/10/21** ☐ Oui ; ☐ Non

Période 2 : **21/02/22 => 19/03/22** ☐ 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