ANNEXE

LOGO DE L'ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

OU DE L'ORGANISME DE FORMATION

Année universitaire : .....

Convention de stage entre

Nota : pour faciliter la lecture du document, les mots « stagiaire », « enseignant référent », « tuteur de stage », « représentant légal », « étudiant » sont utilisés au masculin

1 - L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT ou DE FORMATION

Nom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Représenté par (signataire de la convention) : .....

Qualité du représentant : .....

Composante/UFR ... : .....

☎ .....

mél : .....

Adresse (si différente de celle de l'établissement) : .....

.....

2 - L'ORGANISME D'ACCUEIL

Nom : .....

Adresse : Bruno OZON

Dr Vétérinaire

N° 10819

1-3, rue des Miguelets

32550 PAVIE

Tél. 05 62 61 94 06

Représenté par (nom du signataire de la convention) : .....

Qualité du représentant : .....

Service dans lequel le stage sera effectué : .....

.....

☎ .....

mél : .....

Lieu du stage (si différent de l'adresse de l'organisme) : .....

.....

3 - LE STAGIAIRE

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F ☎ M ☐ Né(e) le : __/__/____

Adresse : .....

.....

☐ ..... mél : .....

INTITULÉ DE LA FORMATION OU DU CURSUS SUIVI DANS L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET VOLUME HORAIRE (ANNUEL OU SEMESTRIEL) :

.....

SUJET DE STAGE 19/11 au 24/12/16 ou 4 au 15/14/17

Dates : Du..... Au.....

Représentant une durée totale de 2 mois (Nombre de Semaines / de Mois (rayer la mention inutile)

Et correspondant à ..... Jours de présence effective dans l'organisme d'accueil.

Répartition si présence discontinue : 30 nombre d'heures par semaine ou nombre d'heures par jour (rayer la mention inutile).

Commentaire : .....

ENCADREMENT DU STAGIAIRE PAR L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Nom et prénom de l'enseignant référent:

.....

Fonction (ou discipline) : .....

☎ ..... mél : .....

ENCADREMENT DU STAGIAIRE PAR L'ORGANISME D'ACCUEIL

Nom et prénom du tuteur de stage : Bruno OZON

.....

Fonction : Dr Vétérinaire

N° 10819

1-3, rue des Miguelets

☎ ..... mél : 32550 PAVIE

Tél. 05 62 61 94 06

Caisse primaire d'assurance maladie à contacter en cas d'accident (lieu de domicile du stagiaire sauf exception) : .....

.....

Article 1 – Objet de la convention

La présente convention règle les rapports de l'organisme d'accueil avec

(article 5 suite) En cas de suspension ou de résiliation de la présente convention, le montant de la gratification due au stagiaire est proratisé en