ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS
Liberté Égalité Fraternité

École - entreprise
Efficace ensemble

AVENANT À LA CONVENTION RELATIVE AUX PÉRIODES DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL ***Pour les élèves de lycées professionnels***

Entre l'entreprise (ou l'organisme d'accueil) ci-dessous désigné(e) :

Nom de l'entreprise (ou de l'organisme d'accueil) Adresse N° de téléphone	

L'établissement d'enseignement professionnel :

Nom de l'établissement Adresse N° de téléphone	**Lycée des Métiers de la Distribution et des Services VICTOR LALOUX** 6 avenue Monge 37200 TOURS 02 36 93 66 10
Personne à contacter Coordonnées	

L'élève :

Nom Prénom Classe	

La durée et les horaires :

	Dates de début et de fin	Nombre de jours
Vacances de référence		
Périodes en entreprise		
Vacances restantes		

HORAIRES JOURNALIERS DE L'ÉLÈVE			
Date	**Horaires Matin**	**Après-midi**	**Nb heures**

Signatures et cachets :

Le représentant de l'entreprise (ou organisme d'accueil) Nom : Fonction : Le :	**Le chef d'établissement Lycée Victor Laloux** Nom : **Mme Hélène BOUTET-GILOT** Fonction : **Proviseur** Le :	**L'élève ou son représentant légal s'il est mineur** Nom Prénom : Le :
Le tuteur (si différent du représentant de l'entreprise) Nom : Fonction : Le :	**L'enseignant référent** Nom : Prénom : Le :	

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS
Liberté Égalité Fraternité

École - entreprise
Efficace ensemble

ATTESTATION DE RÉCUPÉRATION

Intitulé du diplôme préparé et de la spécialité	

Conformément à l'article D. 124-9 du code de l'éducation, une attestation de stage est délivrée par l'organisme d'accueil à tout élève. ***Ce document doit être complété et signé le dernier jour du stage par un responsable autorisé de l'entreprise d'accueil. Elle est remise au lycéen stagiaire, et également remise à l'établissement scolaire. Elle conservée dans l'entreprise et dans l'établissement.***

Entre l'entreprise (ou l'organisme d'accueil) ci-dessous désigné(e) :

Nom de l'entreprise (ou de l'organisme d'accueil) Adresse Nom du tuteur Fonction	

L'enseignant référent de l'établissement d'enseignement professionnel :

Nom de l'établissement Adresse Téléphone Mail	**Lycée des Métiers de la Distribution et des Services VICTOR LALOUX** 6 avenue Monge 37200 TOURS 02 36 93 66 10 ddfpt.37v-laloux@ac-orleans-tours.fr

L'élève :

Nom Prénom Classe	

Pour une durée :

Du Soit en nombre de jours :	**au**

Organisation de la récupération d'absence s injustifiées en PFMP :

Je soussigné(e) : …….

Atteste que l'élève : ……..

A bien effectué les journées de récupération d'absence, indiquées dans le tableau ci-dessous :

Dates des journées d'absence à récupérer	Dates de récupération programmée	Horaires pendant la récupération	Observations

Fait à ……, le ……

Signature et cachet de l'entreprise ou de l'organisme d'accueil