

Pré-Convention relative à la formation en milieu professionnel

Nom :	Prénom :	Classe :
N° téléphone :	Mél. :	
Professeur principal :		

Nom de l'organisme d'accueil :		
Adresse :		
N° téléphone :	N° télécopieur :	
Représenté(e) par	Fonction :	Mél :
Tuteur du stagiaire :	Fonction :	Mél :
Nom de l'assureur :	N° de contrat :	

Période de PFMP : Du	Au
-----------------------------	-----------

Horaires de travail à compléter par l'organisme			
Jours	Horaires matin	Horaires Après-midi	Nb d'heures
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			
Total hebdomadaire 35h maxi			

Bon pour accord

Signature et cachet de l'entreprise