

115 rue Joseph Abria  
33000 Bordeaux  
Tél : 05 57 81 62 62  
Fax : 05 57 81 62 69  
[ce.0330031@ac-bordeaux.fr](mailto:ce.0330031@ac-bordeaux.fr)  
[www.lautrecbordeaux.fr](http://www.lautrecbordeaux.fr)

Classe : ....

**PASS SANITAIRE SPECIFIQUE  
A RESPECTER DANS L'ENTREPRISE**  OUI (préciser au dos du document ou en annexe)  
 NON

## PROPOSITION DE PFMP

Document préliminaire permettant d'établir la convention de stage

Du ...../...../..... au ...../...../.....

### ZONE A REMPLIR PAR L'ELEVE

Nom de l'élève : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse :  
.....  
.....

Ville : ..... Tél fixe ou Tél portable de l'élève : .....

Régime année scolaire : Interne  Externe  Demi-pensionnaire

Régime pendant stage : Interne  Externe  Demi pensionnaire

### ZONE A COMPLETER PAR L'ENTREPRISE D'ACCUEIL

Nom de l'entreprise : ..... Tampon de l'entreprise (obligatoire) :  
.....

Adresse (site sur lequel sera le stagiaire) : .....

Tél. : ..... Email : .....

code APE : ..... n° SIRET : .....

Assurance responsabilité civile Entreprise (obligatoire) : ..... N° contrat : .....

Nom du responsable de l'entreprise : ..... Nom du tuteur de stage : .....

**HORAIRES STAGIAIRE : 35 H/SEMAINE + 2 JOURS DE REPOS CONSECUTIFS DONT LE DIMANCHE**

	MATIN	APRES-MIDI	TOTAL HEURE / JOUR	TOTAL HEURE / SEMAINE
Lundi	.....h..... / .....h.....	.....h..... / .....h.....	..... H.....	..... H.....
Mardi	.....h..... / .....h.....	.....h..... / .....h.....	..... H.....	
Mercredi	.....h..... / .....h.....	.....h..... / .....h.....	..... H.....	
Judi	.....h..... / .....h.....	.....h..... / .....h.....	..... H.....	
Vendredi	.....h..... / .....h.....	.....h..... / .....h.....	..... H.....	
Samedi	.....h..... / .....h.....	.....h..... / .....h.....	..... H.....	

VALIDATION PAR LE PROFESSEUR D'ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL  (signature)