

FICHE PREPARATOIRE PFMP

Classe : 1 BIND - MELEC

☐ Refuse le stagiaire

Périodes de PFMP : ☐ Période 1 du 23/11/2020 au 18/12/2020

☐ Période 2 du 15/3/2021 au 9/4/2021

É L È V E

Nom et prénom : Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|

Nom du responsable légal :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|

Ville :

Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Hébergement durant la PFMP : (1)

☐ au domicile

☐ au lycée

☐ dans la famille

Restauration durant la PFMP : (1)

☐ au domicile

☐ au lycée

☐ au restaurant d'entreprise

☐ autre :

Transport durant la PFMP : (1)

☐ bus scolaire

☐ voiture

☐ bicyclette

☐ cyclomoteur

☐ autre :

(1) Cochez la case correspondante

ENTREPRISE (Obligatoire pour édition des conventions)

Nom et adresse (cachet) :

.....
.....
.....
.....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|

SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail :

Compagnie d'assurance :

N° de police d'assurance :

Remarque : ce document n'est pas la convention.

Représentant de l'entreprise :

☐ M. ☐ Mme

Nom :

Prénom :

Fonction :

Tuteur de l'élève durant la PFMP :

☐ M. ☐ Mme

Nom :

Prénom :

Fonction :

Tél : (si différent) : |_|_|_|_|_|_|_|_|

HORAIRE DE TRAVAIL (Obligatoire pour édition des conventions)

Horaires	Matin	Après-midi	Pause de 30 min. comprise dans l'horaire	<u>Rappel du Cadre légal pour élèves mineurs :</u>
Lundi			☐ matin ☐ après-midi	- 35 heures maxi / semaine ; - 8 h maxi / jour ; - 4.5h maxi consécutives (Pause de 30 minutes minimum obligatoire au-delà) - 2 jours de repos consécutifs par semaine dont le dimanche. - Les horaires de travail doivent être compris entre 6 heures et 20 heures
Mardi			☐ matin ☐ après-midi	
Mercredi			☐ matin ☐ après-midi	
Jeudi			☐ matin ☐ après-midi	
Vendredi			☐ matin ☐ après-midi	
Samedi			☐ matin ☐ après-midi	

Rappel : Pour des raisons d'assurance et de responsabilité, l'établissement scolaire doit être informé d'une modification des horaires. Celle-ci fera l'objet de l'établissement d'un avenant à la convention

Activités prévues dans l'entreprise :

Équipement demandé à l'élève :

Observations :

NOM DE L'ENSEIGNANT REFERENT

VISA DU PROFESSEUR DE SPECIALITE



Date du contact	Entreprise (raison sociale + VILLE)	Personne contactée Nom et fonction	Décision	Cachet de l'entreprise	Date et visa du prof référent
			☐ Accord ☐ Refus <u>Motif :</u>		
			☐ Accord ☐ Refus <u>Motif :</u>		
			☐ Accord ☐ Refus <u>Motif :</u>		
			☐ Accord ☐ Refus <u>Motif :</u>		
			☐ Accord ☐ Refus <u>Motif :</u>		
			☐ Accord ☐ Refus <u>Motif :</u>		
			☐ Accord ☐ Refus <u>Motif :</u>		
			☐ Accord ☐ Refus <u>Motif :</u>		
			☐ Accord ☐ Refus <u>Motif :</u>		