

PROMESSE DE STAGE - Seconde CAP

L'ELEVE

Nom : Prénom : Âge au début du stage :

Nom du représentant légal : Téléphone :

Adresse :

Code postal : Ville :

Moyen de transport durant le stage :

L'ENTREPRISE D'ACCUEIL

Raison Sociale : Secteur d'activité :

Adresse complète de l'entreprise :

Nom du responsable : Fonction du responsable :

Téléphone : Courriel :

LE TUTEUR

Tuteur de l'élève pendant le stage : Fonction du tuteur :

Téléphone : Courriel :

REPAS POSSIBLE

Midi OUI NON Soir : OUI NON Prix du repas :€

Horaires de l'élève stagiaire dans l'entreprise					Âge au début du stage :
Jours	MATIN	APRÈS - MIDI	Temps de pause journalier	TOTAL	
LUNDI	De : À :	De : À : h	Repos hebdomadaire samedi - dimanche ou dimanche - lundi Maximum journalier 7h Nombres d'heures consécutives de travail 4h30 Moins de 16 ans Travail interdit de 20h à 6h Plus de 16 ans Travail interdit de 22h à 6h
MARDI	De : À :	De : À : .....	..... h	.....
MERCREDI	De : À :	De : À : .....	..... h	.....
JEUDI	De : À :	De : À : .....	..... h	.....
VENDREDI	De : À :	De : À : .....	..... h	.....
SAMEDI	De : À :	De : À : .....	..... h	.....
DIMANCHE	REPOS			0	
TOTAL HEBDOMADAIRE : Heures < 15 ans = 30 heures maximum ≥ 15 ans = 35 heures maximum					

Date, Cachet Signature du Responsable de l'entreprise	Visa de l'enseignant référent :
--	---------------------------------

Nous vous remercions de bien vouloir remettre ce document rempli et signé à l'élève, ou de nous le retourner