# ATTESTATION DE STAGE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STAGIAIRE** | **éTABLISSEMENT** | |
| **NOM :**  **PRENOM(S) :**  **Né(e) le : à**  **SIGNATURE :** | **NOM :**  **ADRESSE :**    **TELEPHONE :**  **MAIL :**  **Signature et cachet de l’établissement** | |
| **Périodes de stage effectuées par le (la) stagiaire** | | |
| Rappel : période d’une durée minimale de 4 semaines consécutives en 1ère année | | **Nombre de semaines** |
| **DU AU** | |  |
| **DU AU** | |  |
| **DU AU** | |  |
| **DU AU** | |  |
| **DU AU** | |  |
| **TOTAL** | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENTREPRISE** | **TUTEUR - TUTRICE** |
| **RAISON SOCIALE :**  **ADRESSE :**  **TELEPHONE :**  **MAIL :** | **NOM :**  **TELEPHONE :**  **FONCTION :**  **Cachet de l’entreprise**  **et SIGNATURE du responsable** |