# 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** |