

Bureau des stages

Pôle Administratif des Cégeaux

1 place Vasarely

63178 AUBIERE

 Téléphone : 04 73 40 79 04 – Courriel : stages.pac@uca.fr

➤ *Texte de référence : Loi n° 2014-788 du 10 juillet 2014 tendant au développement, à l'encadrement des stages et à l'amélioration du statut des stagiaires*

➤ *Durée maximale de stages dans l'année universitaire : 6 mois (924 heures)*

Étape 1 Étudiant	
NOM :	Prénom :
N° étudiant :	N° téléphone :
Diplôme préparé :	
Interne Médecine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<i>Si oui, allez-vous effectuer votre stage sur le lieu de votre internat ?</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Étape 2 Établissement d'accueil	
NOM DE L'ORGANISME D'ACCUEIL (ou raison sociale) :	
Adresse (numéro, rue) :	
Complément d'adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	Site web :
N° SIRET ou SIREN : _____	Code APE : _____
Effectif du personnel :	
NOM DE L'ORGANISME PAYEUR (si différent de l'organisme d'accueil) :	
Adresse + Code Postal :	
• Type d'établissement : <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Association <input type="checkbox"/> Entreprise d'insertion <input type="checkbox"/> Entreprise privée (*) <input type="checkbox"/> Entreprise publique <input type="checkbox"/> Mutuelle, coopérative <input type="checkbox"/> Autre (ONG,...)	(*) Pour entreprise privée Structure juridique : <input type="checkbox"/> Entreprise individuelle <input type="checkbox"/> EURL <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SARL <input type="checkbox"/> SAS <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> SNC
Étape 3 Service d'accueil / Lieu de stage	
Nom du service où s'effectue le stage :	
Adresse du stage, si différente de celle de l'établissement :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	Courriel :
Étape 4 Tuteur de stage de l'organisme d'accueil	
NOM et Prénom :	Fonction dans l'entreprise :
Téléphone :	Courriel :

Étape 5

Stage

Contenu du stage : **STAGE OBLIGATOIRE**

Sujet :

Fonctions et tâches :

Compétences à acquérir/développer au cours du stage :

Dates / horaires :

Date de stage : Du ____/____/____ au ____/____/____

Date d'interruption éventuelle : Du ____/____/____ au ____/____/____

Nombre d'heures totales du stage : _____ heures

Temps de travail : Temps plein Temps partiel

Nombre de jours de travail hebdomadaire : _____ jours

Nombre d'heures hebdomadaires : _____ heures

Nombre de jours d'absences autorisés :

Commentaire sur le temps de travail :

Gratification : Oui Non

_____ € Brut Net // Par heure Par mois // Versement : Chèque Virement bancaire

Divers :

Confidentialité sujet ou thème du stage : Oui Non

Nature du travail à fournir suite au stage :

Soutenance Rapport de stage Portfolio Carnet de stage

Liste des avantages en nature :

Si le stagiaire doit être présent la nuit, le dimanche, ou un jour férié, précisez :

Étape 6

Responsable pédagogique à l'UFR / Enseignant référent

Responsable de la formation

NOM et Prénom :

Qualité :

Vérification de la possibilité du stage au regard de l'emploi du temps de la formation : Oui Non

Validation des compétences à acquérir de l'étape 5 : Oui Non

Enseignant référent du stagiaire

NOM et Prénom :

Qualité :

Modalité de suivi du stage (ex : visites, téléphone, courriel, visio, ...) :

Étape 7

Représentant légal de l'établissement d'accueil (signataire de la convention)

NOM et Prénom :

Fonction dans l'organisme :

Téléphone :

Courriel :

Étape 8

Visa obligatoire avant l'établissement de la convention

1 - Visa du tuteur de stage de l'organisme d'accueil

2 - Visa du Responsable de formation et/ou du Responsable des stages de la formation (UCA)

Avis : Favorable Défavorable

Fait à _____, le _____

Aubières, le _____