

ATTESTATION DE STAGE

(à remettre au stagiaire à l'issue du stage)

L'ENTREPRISE OU L'ORGANISME D'ACCUEIL

Nom ou dénomination sociale.....

Adresse

Tél.....Courriel.....

Certifie que l'élève désigné ci-dessous

Nom.....Prénom.....

Lieu et date de naissance.....

Classe.....

Scolarisé dans l'établissement ci-après

Nom.....

Adresse.....

a effectué un stage dans notre entreprise/organisme

dates de début et de fin de stage: Du.....au.....

représentant une durée totale de(Nbre d'heures)

Sur la base du comportement général de l'élève ainsi que de ses aptitudes professionnelles, le stage est évalué de la façon suivante: exceptionnel, bon, moyen, insuffisant.

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

Fait à.....,le.....

Nom, fonction et signature

du représentant de l'entreprise/de l'organisme d'accueil

(cachet de l'entreprise/de l'organisme d'accueil)

.....



Liceo delle Scienze Umane - Liceo Linguistico - Liceo Socio Economico - Liceo Artistico
Via Traversa del Quartiere, N. 2 - 12037 Saluzzo (CN)
0175/46662 – fax 0175/41003
Codice fiscale 85004110046 codice univoco dell'ufficio UFACWC
e-mail: cnis021004@istruzione.it – indirizzo pec: cnis021004@pec.istruzione.it
<http://www.istitutisoleri.it/>

Fiche d'évaluation du/de la stagiaire par le Tuteur de stage

Entreprise/organisme d'accueil.....

Responsable du/de la stagiaire

Stagiaire.....Classe.....

Éléments à évaluer:	très insuffisant	insuffisant	assez bien	bien	très bien
Ponctualité					
Responsabilité (initiative, autonomie, prise de décision)					
Ecoute et prise en compte des remarques					
Adaptation aux situations nouvelles					
Qualité d'expression					
Sens du contact et du travail en équipe ; qualités relationnelles					
Qualité du travail accompli					

Rémarque éventuelle:

.....

.....

.....

.....

Durée du stage (Nbre d'heures) :.....

Date:

Signature (et cachet) du tuteur :

CONVENTION DE STAGE

entre

1) L'ENTREPRISE OU L'ORGANISME D'ACCUEIL

Nom ou dénomination sociale.....

Adresse

Tél..... Courriel.....

Représenté par (nom du signataire de la convention).....

2) L'ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Nom.....

Adresse

Tél..... Courriel.....

Représenté par (nom du signataire de la convention).....

3) LE/LA STAGIAIRE

Nom.....Prénom.....

Lieu et date de naissance.....

Classe.....

qui effectuera un stage dans l'entreprise/l'organisme ci-dessus

dates de début et de fin de stage: Du.....au.....

représentant une durée totale de(Nombre d'heures)

[illegible]

--	--	--	--

Assurance de L'Istituto Soleri-Bertoni di Saluzzo : BENACQUISTA Assicurazioni S.n.c. – Latina – polizza n.18797 del 31/08/2016.

Signature du/de la stagiaire.....

Signature des parents du/de la stagiaire.....

Signature du représentant de l'entreprise/de l'organisme d'accueil.....

Fait à.....,le.....