

FORMULAIRE REPONSE



Les informations collectées permettront d'établir la convention.

Merci de compléter ce formulaire le plus lisiblement possible pour éviter tout risque d'erreur dans la saisie de la convention.

Ce document est à remettre à l'élève ou à envoyer à ddf.0690097f@ac-lyon.fr

NOM DE L'ENTREPRISE :

Représentée par ☐ M. ☐ Mme NOM : PRENOM :

Fonction dans l'entreprise :

Adresse de l'entreprise :

ACCEPTE DE RECEVOIR

NOM ET PRENOM du Stagiaire : Age le 1^{er} jour du stage :

☐ Du 22 janvier 2024 au 17 février 2024 inclus ☐ Du 27 mai 2024 au 22 juin 2024 inclus

☐ Du 24 juin 2024 au 06 juillet 2024 Autres dates à préciser

PERSONNE QUI ENCADRERA LE STAGIAIRE :

☐ M. ☐ Mme NOM : PRENOM :

Fonction dans l'entreprise :

Téléphone : Email

HORAIRES	MATIN	APRES-MIDI	NOMBRE D'HEURES
Lundi	De à	De à	
Mardi	De à	De à	
Mercredi	De à	De à	
Jeudi	De à	De à	
Vendredi	De à	De à	
Samedi	De à	De à	
Total Hebdomadaire			

La durée de travail de l'élève ne peut excéder **8 heures par jour**
ou 7 heures pour les mineurs et 35 heures par semaine ou
30 heures pour les mineurs de moins de 15 ans

Le repos hebdomadaire de l'élève mineur doit être d'une **durée**
minimale de deux jours consécutifs.

La période de repos hebdomadaire doit comprendre **le dimanche**

Au-delà de 4H30 de travail quotidien, l'élève mineur doit
bénéficier d'une **pause d'au moins 30 minutes consécutives**

Fait à Le

Signature et cachet de l'entreprise