UNIVERSITÉ Clermont Auvergne

FORMULAIRE DE PRE-CONVENTION
STAGE HORS UCA

Les champs accompagnés d'une * sont à renseigner obligatoirement

L'étudiant remplit les cases cases rouges (étapes 1 et « le Responsable de la Formation ou des Stages » de l'étape 7)

Le tuteur de stage de l'organisme d'accueil remplit les cases vertes(étapes 2 à 6)

L'étudiant envoie le formulaire complété au responsable de la formation ou des stages pour validation pédagogique

L'étudiant renvoie le formulaire au bureau des stages, qui éditera la convention et déclenchera les « signatures électroniques »

Contact bureau des stages: stages.pac@uca.fr 04.73.40.79.04

- *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 du stage complémentaire dans* ***un même établissement*** *d'accueil:* ***6 mois*** *(924 heures)*

Étape 1 : Étudiant

NOM*: Prénom*:

N° étudiant: N° téléphone*:

Caisse Primaire d'Assurance Maladie, MGEN ou MSA à contacter en cas d'accident (Région **et** Département)*:

Diplôme préparé*: Formation*: ◯ Initiale ◯ Continue

Interne Médecine*: ◯ oui ◯ non ***Si oui, allez-vous effectuer votre stage sur le lieu de votre internat****?* ◯ oui ◯ non

Comment avez vous trouvé le stage?*:

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:

Courriel*:

N° SIRET(14 chiffres) **ou** SIREN(9 chiffres)*: Code APE(4 chiffres +1 lettre):

Effectif du personnel:

▪ **Type d'établissement:**
- ◯ Administration
- ◯ Association
- ◯ Autres (ONG, …)
- ◯ Entreprise d'insertion
- ◯ Entreprise privée (#)
- ◯ Entreprise publique
- ◯ Mutuelle, coopérative

(#) Pour entreprise privée Structure juridique:
- ◯ Entreprise individuelle
- ◯ EURL
- ◯ SA
- ◯ SARL
- ◯ SAS
- ◯ SNS
- ◯ 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:

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 - Thématique du stage*:

Sujet*:

Fonctions et tâches*:

Compétences à acquérir/développer au cours du stage*:

Dates/horaires: Dates de stage*(JJ/MM/AAAA): Du au

Interruption en cours de stage (**hors congés**)?***:** ◯Oui ◯Non

Si oui: Du au

Nombre d'heures totales du stage: 0 heures

Temps de travail*: ◯ Temps plein ◯ Temps partiel

Nombre de **jours** de travail hebdomadaires*: jours / Nombre d'**heures** hebdomadaires*: 0 heures

Jour(s) de congés autorisé(s)?*: ◯Oui ◯Non / Si oui: ces jours de congés sont-ils gratifiés?: ◯Oui ◯Non

Nombre de jours de congés autorisés (sur **toute la durée** du stage):

Commentaire sur le temps de travail:

Gratification* : ◯ Oui ◯ Non

€ ◯ Brut ◯ Net // ◯ Par heure ◯ Par mois ◯ Pour l'ensemble du stage

Modalité de versement : ◯ Chèque ◯ Virement bancaire ◯ Espèces

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 s'il y a lieu:

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

Étape 6
Représentant légal de l'établissement d'accueil (signataire de la convention)

NOM et Prénom*: Fonction dans l'entreprise*:

Téléphone*: Courriel*:

Étape 7 : Enseignant référent et Responsable de la Formation ou des Stages

Enseignant référent du stagiaire*:

NOM et Prénom:

Qualité:

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

Responsable de la formation ou des stages*:

NOM et Prénom:

Qualité:

Date et signature du Responsable de la Formation ou des stages (valant validation du projet de stage) :