

 ***Année universitaire 2019/2020***

|  |
| --- |
|  **FICHE DE LIAISON**  |

***Cette fiche est destinée à regrouper l’ensemble des éléments permettant la validation de votre projet de stage par l’Université. Il est impératif de la rendre dûment complétée à votre responsable de formation ou à votre tuteur pédagogique afin de valider votre projet. Une fois votre projet validé, les informations contenues dans cette fiche vous serviront à effectuer la saisie de votre convention.***

N° Etudiant *(8 chiffres)* : ……………………………………

Nom et Prénom du stagiaire :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

N° Sécurité Sociale :……………………………………………………………………………………… Clé ………………

Mél personnel :……………………………………………………………………………………………………Téléphone :…………………/……… /………/………/………

|  |
| --- |
| **1/ Projet de stage** |

Sujet du stage : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Projet pédagogique du stagiaire *(indiquer lisiblement les objectifs et la finalité du stage)* : ……………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Missions/Activités confiées au stagiaire :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **2/ Modalités de stage** |

Dates du stage du / /2019 au / /2020 (14-18 semaines, entre le 11 avril et le 25 aôut )

Temps complet ou temps partiel *(rayer la mention inutile)*

Si temps partiel, préciser la quotité : ………………………………………………………………

Nombre de jours………………. / semaine et …................... heures / semaine

Aménagements particuliers du temps de travail (ex : travail le dimanche, jour férié, la nuit, etc.) : ………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Indemnités de stage : oui / non *(rayer la mention inutile ; rappel pour la France en 2016 : 3.60€ de l’heure[[1]](#footnote-1))*

Si oui, indiquez le montant en euros : …………………………………………………………………

Indiquez les avantages en nature s’il y a lieu :…………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **3/ Organisme d’accueil** |

Raison sociale : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Activité principale de l’entreprise : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

N° Siret :…………………………………………………………………………………Code NAF ………………………………

Type de structure : Administration, Association, Entreprise privée, Entreprise publique, SEM, Organisme consulaire, Mutuelle coopérative, Autre *(entourer la mention nécessaire)*

Effectif de l’établissement:……………………………

Adresse postale : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Code postal : …………………… Commune : …………………………………………………………………… Pays : …………………………………………………………

Téléphone :…………………………………………………… Mél : ………………………………………………………………………………………………………………………

Responsable de l’entreprise (personne habilitée à signer la convention de stage) :

Nom et prénom : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fonction : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone : …………………………………………………… Mél :………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **4/ Service d’accueil** |

Nom du service : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nom et prénom du responsable : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse du service (à indiquer si différente de celle de l’entreprise) : …………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………….

Code postal :…………………………Commune :…………………………………………………………………….Pays : ………………………………………………………

Téléphone : …………………………………………………… Mél :………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **5/ Tuteur professionnel** |

Nom et Prénom :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fonction : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone : …………………………………………………… Mél :………………………………………………………………………………………………………………………

*Accord du responsable de l’entreprise*

*Le :…………………………………………………*

*Signature :*

1. Code de l’éducation, article L124-6 [↑](#footnote-ref-1)