

	Fiche de renseignement « Stage » BTS SNIR Période de stage : 22/05/2023 au 30/06/2023	
---	--	---

Sujet de stage : _____

LE STAGIAIRE :

NOM : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____

Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____ mël : _____
 Caisse primaire d'assurance maladie : _____

PROFESSEUR REFERENT : Vérifie adéquation entreprise/ référentiel du diplôme :

Nom, prénom : _____

L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

NOM (ou RAISON SOCIALE) _____

ADRESSE COMPLETE : _____
 CODE POSTAL : _____ LOCALITE: _____
 N° Tél : _____ N° Fax : _____

SECTEUR D'ACTIVITE: _____
 CODE APE (4 chiffres+1 lettre): _____
 N° SIRET (14 chiffres): _____

NOM DU DIRECTEUR OU DE SON REPRESENTANT DELEGUE POUR
 L'ETABLISSEMENT DE LA CONVENTION (Impératif): _____
 FONCTION _____
 Email : _____ Tel : _____

LIEU DE STAGE :

Service : _____
 ADRESSE COMPLETE : _____
 CODE POSTAL : _____ LOCALITE : _____

NOM et PRENOM MAITRE DE STAGE: _____ FONCTION _____
 N° TEL : _____ Email : _____

Cachet et signature de l'entreprise: