

Intitulé du diplôme préparé et de la spécialité :
CAP ÉQUIPIER POLYVALENT DU COMMERCE

NOM de l'élève : *Durant la PFMP :*

Prénom de l'élève : Interne : oui non
 Repas à la cantine oui non

Classe :CAP / Téléphone de l'élève : :

DuAu.....

Durée en nombre de jours*

Conformément à l'article D.124-6 du code de l'éducation, « Chaque période au moins égale à sept heures de présence, consécutives ou non, est considérée comme équivalente à un jour et chaque période au moins égale à vingt-deux jours de présence, consécutifs ou non, est considérée comme équivalente à un mois »

Entre

Nom de l'entreprise (ou de l'organisme d'accueil) :

Adresse :

Domaine d'activités de l'entreprise :

Représenté(e) par (nom) : Fonction :

N° de téléphone : Mail :

atteste avoir adressé à l'inspecteur du travail le/...../..... la déclaration de dérogation aux travaux interdits aux mineurs prévue à l'article R.4153-41 du code du travail.

Nom du tuteur : Fonction :

Mail : N° de téléphone :

ET

Lycée des Métiers du Commerce et de la Vente Jean-François Cail
 1 rue Maurice Gadioux
 79110 CHEF BOUTONNE

Mail : ce.0790015m@ac-poitiers.fr N° de téléphone : 05.49.29.81.27
 Représenté par : **M. VIGNAL Sébastien** en qualité de chef d'établissement

Nom de l'enseignant référent N° téléphone :

Horaires journaliers de l'élève

Jour	Horaire Matin	Horaire Après midi	Durée quotidienne
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			
Durée Totale hebdomadaire			

Signatures et cachets :

Le Chef d'établissement Nom Prénom : VIGNAL Sébastien Le	Le représentant de l'entreprise (Ou organisme d'accueil) Nom Prénom : Le	L'élève Nom Prénom Le
L'enseignant référent Nom Prénom : Le	Le tuteur Nom Prénom : Le	Le représentant légal si élève mineur Nom Prénom Le