

FAISABILITE ET ACCEPTATION

de P F M P n°.....

du au 20.....

CONVENTION DE RATTRAPAGE

Nombre de jours à rattraper :

Du au 20.....

NOUS VOUS REMERCIONS DE BIEN VOULOIR RENSEIGNER TOUTES LES RUBRIQUES DE CE DOCUMENT

Identification de l'**ENTREPRISE** d'accueil : (à compléter en MAJUSCULES)

Nom commercial :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Adresse Courriel :@

Nom du RESPONSABLE de l'entreprise :

Nom du FORMATEUR à contacter dans l'entreprise :

Mission du stagiaire dans l'entreprise :

Identification du **STAGIAIRE** : Classe : Option : CUISINE RESTAURANT HCR
(à compléter en MAJUSCULES)

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone/Portable en cas d'urgence :

ACCEPTATION DE L'ENTREPRISE : OUI NON (Cocher la réponse)

Date :/...../ 20.....

Signature du professionnel

CACHET DE L'ENTREPRISE

OBLIGATOIRE

Moyen de locomotion pour se rendre en entreprise :

Prise en charge ou non des frais de transport : OUI NON (Cocher la réponse)