ACADÉMIE DE LA RÉUNION
Liberté Égalité Fraternité

Lycée Sarda Garriga

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION
Liberté Égalité Fraternité

ATTESTATION DE STAGE D'OBSERVATION EN MILIEU PROFESSIONNEL (Stage de 2nde)

STAGIAIRE	ETABLISSEMENT
NOM : **PRENOM(S) :** **Né(e) le :** **à** **SIGNATURE :**	**LEGT SARDA GARRIGA** 755, Rue de la Communauté, BP 513 – 97440 Saint-André +262 262 46 58 58 80 / ce.9740043d@ac-reunion.fr **Représenté par la cheffe d'établissement :** Mme. Sylvie MONDISSA **Signature et cachet de l'établissement**

PERIODES DE STAGE EFFECTUEES PAR LE (LA) STAGIAIRE			
Rappel : période d'une durée de 2 semaines consécutives en classe de seconde.			**Nombre de semaines**
DU		**AU**	2
DU		**AU**	
		TOTAL	2

ENTREPRISE	TUTEUR - TUTRICE
RAISON SOCIALE : **ADRESSE :** **TELEPHONE :** **MAIL :**	**NOM :** **TELEPHONE :** **FONCTION :** **CACHET DE L'ENTREPRISE** **et SIGNATURE du responsable**