

CAP Accompagnant Educatif Petite Enfance (AEPE) Convention de stage

Nom et prénom du stagiaire :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

<u>L'organisme ou l'entreprise d'accueil</u>	<u>Le lieu de stage (si différent)</u>
NOM :	NOM :
ADRESSE :	ADRESSE :
TELEPHONE :	TELEPHONE :
MAIL :	MAIL :

Représenté par

En sa qualité de

Pour la période du / / au / / pour un total de semaine(s).

Amplitude hebdomadaire : h/semaine.

Auprès d'un public d'enfants : de moins de 3 ans de 3 à 6 ans
(Cochez la ou les cases correspondantes)

Horaires détaillés à compléter par la structure d'accueil

	Matin	Après-midi
Lundi	De à	De à
Mardi	De à	De à
Mercredi	De à	De à
Jeudi	De à	De à
Vendredi	De à	De à
Samedi	De à	De à
Total horaire hebdomadaire	 h

Le stagiaire n'est pas autorisé à effectuer un travail de nuit.

Conditions d'utilisation du matériel mis à disposition : sous la responsabilité du tuteur de l'entreprise.

Description des informations que l'organisme d'accueil fournit pour aider le stagiaire dans son stage :

.....
.....
.....
.....

NOM du tuteur de l'organisme d'accueil :

Objectifs du stage

- Apprendre concrètement l'organisation de l'établissement, ses personnels et ses usagers ;
- apprendre à travailler en situation réelle (usagers, ressources et contraintes) ;
- s'insérer dans une équipe de professionnels ;
- mettre en œuvre ou acquérir les savoir-faire définis dans le référentiel.

Assurance

Le stagiaire atteste sur l'honneur avoir souscrit une assurance responsabilité civile.

Nom de l'assureur :

N° de police d'assurance :

L'application de la législation sur les accidents de travail est exclue dans le cadre du présent stage.

Fait en trois exemplaires à, le / /

Signatures et tampon

La structure / l'organisme d'accueil

Le·la stagiaire