

**CONVENTION RELATIVE AUX PÉRIODES DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL DES ELEVES
PRÉVUES AUX ARTICLES R. 715-1 ET R. 715-1-5 DU CODE RURAL ET DE LA PECHE MARITIME**

Vu la délibération du Conseil d'Administration (ou de l'instance en tenant lieu pour l'enseignement privé) en date du 04/07/2017 définissant les modalités de suivi de l'élève en période de formation en milieu professionnel.

Année scolaire : 2017-2018

Entre

1 - L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Adresse : **MFR de Grandchamp**
5, rue de la Corvée de Mailly
21200 Ruffey-lès-Beaune
☎. 03.80.26.61.44
Mél : mfr.grandchamp@mfr.asso.fr

Représenté par le chef d'établissement :

Nom :

Prénom :

Mél :

2 - L'ENTREPRISE OU L'ORGANISME D'ACCUEIL

Adresse :

Numéro d'immatriculation SIREN ou SIRET :

Représenté par (nom du signataire de la convention) :

Nom :

Prénom :

Qualité du représentant :

☎ :

Mél :

Lieu du stage (si différent de l'adresse de l'organisme) :

3 - L'ELEVE

Nom :

Prénom :

Sexe : F M Né(e) le : ___ / ___ / ___
Age lors de la période de formation en milieu professionnel :
Adresse :

☎ :

Mél :

**PREPARANT LE DIPLOME : BEPA TRAVAUX DE LA VIGNE ET DU VIN
EN CLASSE DE : SECONDE PRODUCTIONS**

**4 - SI L'ELEVE EST MINEUR : REPRESENTÉ PAR SON RESPONSABLE
LEGAL**

Nom :

Prénom :

Adresse :

☎ :

Mél :

**ATTENTION, SI LE STAGIAIRE EST MINEUR ET DANS LA MESURE OU IL
DOIT EFFECTUER DES TRAVAUX REGLEMENTES, DES DISPOSITIONS
PARTICULIERES ANNEXEES A LA PRESENTE CONVENTION DOIVENT
ETRE COMPLETEES ET SIGNEES PAR LES PARTIES**

SUJET DE LA PERIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL :

Dates : du au

Représentant une **durée totale** de (Nombre de Semaines / de Mois) (rayer la mention inutile)
correspondant à Jours de présence effective dans l'organisme d'accueil.

Répartition si présence discontinue : nombre d'heures par semaine ou nombre d'heures par jour (rayer la mention inutile).

Commentaire :

(Chaque période, égale à 7 heures de présence consécutive ou non, équivaut à jour. Chaque période, au moins égale à 22 jours de présence, consécutifs ou non équivaut à 1 mois).

**ENCADREMENT DU STAGIAIRE PAR L'ETABLISSEMENT
D'ENSEIGNEMENT**

Nom et prénom de l'enseignant référent :

CONDEMINE David

Fonction (ou discipline) : **Référent 2nde pro Productions**

☎ : 03 80 26 61 44

Mél : david.condemine@mfr.asso.fr

**ENCADREMENT DU STAGIAIRE PAR L'ENTREPRISE OU L'ORGANISME
D'ACCUEIL**

Nom et prénom du tuteur de stage :

Fonction :

☎ :

Mél :

Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont relève l'établissement à contacter en cas d'accident du travail : **MSA Bourgogne**

Les semaines de stage

| Semaine n° | Date début | Date fin |
|------------|------------|----------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |
| 11 | | |
| 12 | | |
| 13 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Il est convenu ce qui est présent dans les différents articles concernant la convention de stage disponibles sur le site <http://www.mfr-grandchamp.fr/>, et au sein de l'établissement de formation.

Les différents signataires de la présente convention s'engagent à avoir pris connaissance des articles et des annexes.

Fait à :
Le :
(En cinq exemplaires)

| | |
|--|---|
| Le Responsable de l'entreprise ou de l'organisme d'accueil ou son représentant <u>Nom</u> : <u>Prénom</u> : <u>Signature</u> : | Le Chef de l'établissement d'enseignement <u>Nom</u> : <u>Prénom</u> : <u>Signature</u> : |
|--|---|

| |
|--|
| Le stagiaire et /ou son représentant légal <u>Nom</u> : <u>Prénom</u> : <u>Signature</u> : |
|--|

| | |
|--|---|
| L'enseignant référent Au titre du suivi pédagogique conformément à l'article D.124-3 du code de l'éducation <u>Nom</u> : CONDEMINE <u>Prénom</u> : David <u>Signature</u> : | Le tuteur (s'il est distinct du chef d'entreprise ou du responsable de l'organisme d'accueil) <u>Nom</u> : <u>Prénom</u> : <u>Signature</u> : |
|--|---|

Concernant les annexes :

Les signataires reconnaissent avoir pris connaissance des annexes disponibles sur le site <http://www.mfr-grandchamp.fr/> ou au sein de l'établissement d'enseignement.

| | |
|--|---|
| Le Responsable de l'entreprise ou de l'organisme d'accueil <u>Nom</u> : <u>Prénom</u> : <u>Signature</u> : | Le Chef de l'établissement d'enseignement <u>Nom</u> : <u>Prénom</u> : <u>Signature</u> : |
|--|---|

| | |
|---|--|
| Visa pour information à des fins pédagogiques | |
| Le tuteur (s'il est distinct du chef d'entreprise ou du responsable de l'organisme d'accueil) <u>Nom</u> : <u>Prénom</u> : <u>Signature</u> : | L'enseignant référent de l'équipe pédagogique : David CONDEMINE |
| Le stagiaire et /ou son représentant légal <u>Nom</u> : <u>Prénom</u> : <u>Signature</u> : | |