

## ATTESTATION DE STAGE

à remettre au stagiaire à l'issue de la période de formation en milieu professionnel

### ORGANISME D'ACCUEIL

Nom ou Dénomination sociale : .....  
Adresse : .....  
.....  
☎ .....

**Certifie que**

### LE STAGIAIRE

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F  M  Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
Adresse : .....  
.....  
☎ ..... mél : .....

**ELEVE EN** (intitulé de la formation suivie) :

**AU SEIN DE** (nom de l'établissement d'enseignement) :

### A effectué un stage prévu dans le cadre de ses études

#### DUREE DU STAGE

Dates de début et de fin du stage : **Du**.....JJ/MM/AAAA..... **Au**.....JJ/MM/AAAA.....

Représentant une **durée totale** de ..... (Nbre de Mois / Nbre de Semaines) (rayer la mention inutile)

La durée totale du stage est appréciée en tenant compte de la présence effective du stagiaire dans l'organisme. Chaque période au moins égale à 7 heures de présence consécutives ou non est considérée comme équivalente à un jour de stage et chaque période au moins égale à 22 jours de présence consécutifs ou non est considérée comme équivalente à un mois.

#### MONTANT DE LA GRATIFICATION VERSE AU STAGIAIRE

Le stagiaire a perçu une gratification de stage pour un **montant total** de ..... €

FAIT A ..... LE.....

Nom, fonction et signature du représentant de l'organisme d'accueil