

FPS – Formation complémentaire Passerelle
Unité de formation (UF) Pratique professionnelle

Contrat de stage en responsabilité partagées

Nom et prénom du/de la stagiaire :

Nom et prénom de l'enseignant-e - hôte* :

Adresse (rue, NPA, localité) E-mail :

Nom de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

Direction de l'établissement :

Nom et prénom directrice/directeur :

Degré(s) d'enseignement : Type de classe(s) :

* L'indemnisation est octroyée par la HEP-BEJUNE à l'enseignant-e-hôte selon les modalités arrêtées.

Période de stage: du au

Jour(s) de la semaine défini(s) pour le stage :

Durée du stage : jours, soit périodes

Lieu et date :

Signature du/de la stagiaire :

Signature de l'enseignant-e hôte :

Signature de la direction de l'établissement :

*À remettre avant le **31 août** de l'année en cours avec une copie de l'horaire de classe à l'adresse courriel ou postale ci-dessus.*