

Ce formulaire doit être dûment renseigné, daté et signé par l'entreprise d'accueil et validé par le responsable pédagogique de la filière Cnam dans laquelle l'auditeur prépare le diplôme **avant toute** signature de convention de stage.

Nom : Prénom(s) :
N° auditeur / auditrice :
Courriel : Téléphone :
inscrit(e) dans le diplôme / certificat / titre :

Le stagiaire sera accueilli dans l'entreprise :
du : []/[]/[] au : []/[]/[]
Adresse :
Code postal : Commune :
Contact : Courriel :
Téléphone : Fax :

| Mme | Melle | Mr. se verra confier les missions / tâches suivantes :

Nom :
A
Le

Nom :
A ,
Le

ARCNAM 18 rue Claude Chappe ZAC 2000 BP 274 97827 Le Port Cedex
tél 02 62 42 28 37 fax 02 62 55 68 27 info@cnam.re www.cnam.re
Siret : 443 381 322 00017 code APE : 9499Z Organisme de formation : 98 98 02821 97