

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PFMP - Période de Formation en Milieu Professionnel - Tle OL

NOM – PRÉNOM de l'élève	
Classe	3 ^{ème} année de baccalauréat professionnel OPTIQUE LUNETTERIE
NOM du magasin	
Adresse	
Lieu de PFMP si différent	
N° SIRET	
NOM responsable-Fonction	
N° téléphone	
Adresse mail	

Nous acceptons d'accueillir l'élève en PFMP dans notre magasin :

pour 6 semaines :	du lundi 5 janvier au samedi 7 février 2026 ET du lundi 23 au samedi 28 février 2026
--------------------------	---

Le tutorat sera confié à : M. MME (nom-prénom)	
N° tél (direct)	
Adresse mail	

**Emploi du temps du stagiaire : si mineur : France : 35 Heures hebdomadaire maxi
Etranger : Horaire hebdomadaire légal du pays**

	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 :

<u>cachet du magasin</u>	Fait à le Signature du responsable du magasin :
---	---

Document à retourner à l'attention de Mr PERNIN :

Lycée Polyvalent « Victor Bérard » - 35 Quai Aimé Lamy - BP 70087 - 39403 MOREZ Cedex
Fax : 03.84.33.36.63 - Email : bde-lpo-victor-berard@ac-besancon.fr