

ORGANISME D'ACCUEIL

Nom ou dénomination sociale :

Adresse :

certifie que

LE STAGIAIRE

Nom : Prénom :

Sexe : F • M • Né(e) le : ___ / ___ / _____

Adresse :

Tel.

Courriel :

Inscrit en formation BPJEPS Spécialité Educateur sportif mention Activités du cyclisme.

Au sein de l'Institut de Formation du vélo, 180 boulevard de Charavines – 38500 VOIRON

a effectué un stage prévu dans le cadre de sa formation.

DURÉE DU STAGE :

Dates de début et de fin du stage :

Représentant une durée totale de (Nbre de mois ou de semaines)

La durée totale du stage est appréciée en tenant compte de la présence effective du stagiaire dans l'organisme, sous réserve des droits à congés et autorisations d'absence. Chaque période au moins égale à 7 heures de présence consécutive ou non est considérée comme équivalente à un jour de stage et chaque période au moins égale à 22 jours de présence consécutif ou non est considérée comme équivalente à un mois.

MONTANT DE LA GRATIFICATION VERSÉE 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