EMPLOYEUR  
NOM DE L’ENTREPRISE / COLLECTIVITÉ / ASSOCIATION :  
Statut (association, entreprise, collectivité ?) :   
Situation géographique :  
Secteur d’activité :

MISSION DU JEUNE  
INTITULÉ DE LA MISSION :  
Contexte :  
Objectifs :  
Activités à développer :

CONDITIONS DU STAGEPROFIL ATTENDU :  
Modalités pratiques : en présence ? OU en présence et à distance ?  
Durée : 5 semaines de formation / 17 semaines en entreprise  
Période souhaitée :

ACCOMPAGNEMENT DU STAGIAIRE  
NOM DU TUTEUR OU DE LA TUTRICE :   
Fonction dans l’entreprise :  
Son adresse électronique : ...@...  
Son numéro de téléphone :

NOTRE ORGANISME DE FORMATION

|  |  |
| --- | --- |
| CALVADOS | ORNE |
| **02 31 38 91 49** | **02 33 26 68 35** |
| [antenne.calvados@retravailler.org](mailto:antenne.calvados@retravailler.org) | antenne.orne@retravailler.org |