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 | antenne.orne@retravailler.org |