

Année universitaire .....

**Avenant à la convention de stage**

**entre**

**1 - L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT**

UNIVERSITÉ PARIS 8 VINCENNES SAINT-DENIS  
Adresse : 2, rue de la Liberté 93526 Saint-Denis Cedex

Représentée par (signataire de la convention) : ..... Michel MANGENOT ...

Qualité du représentant : ... Directeur .....

Composante/UFR ... : ... Institut d'études européennes .....

☎ : 01 49 40 65 47

mél : ..... iee.secretariat@univ-paris8.fr .....

Adresse (si différente de celle de l'établissement) : .....

**2 - L'ORGANISME D'ACCUEIL**

Nom : .....

Adresse : .....

Représenté par (nom du signataire de la convention) : .....

Qualité du représentant : .....

Service dans lequel le stage sera effectué : .....

☎ : .....

mél : .....

Lieu du stage (si différent de l'adresse de l'organisme) : .....

**3 - LE/LA STAGIAIRE**

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F  M  Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse : .....

☎ : ..... mél : .....

INTITULE DE LA FORMATION OU DU CURSUS SUIVI DANS L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR :

**SUJET DE STAGE** .....

Dates : Du ..... Au .....

Représentant une **durée totale** de ..... (Nombre de Semaines / de Mois (rayer la mention inutile))

Répartition si présence discontinue : ..... nombre d'heures par semaine ou nombre d'heures par jour (rayer la mention inutile).

Commentaire : .....

**ENCADREMENT DU STAGIAIRE PAR L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT**

Nom et prénom de l'enseignant référent : .....

Fonction (ou discipline) : .....

☎ : ..... mél : .....

**ENCADREMENT DU STAGIAIRE PAR L'ORGANISME D'ACCUEIL**

Nom et prénom du tuteur

de stage : .....

Fonction : .....

☎ : ..... mél : .....

Caisse primaire d'assurance maladie à contacter en cas d'accident (lieu de domicile du stagiaire sauf exception) : .....

**ARTICLE 1**

.....

**ARTICLE 2**

.....

**FAIT A** ..... **LE**.....

**POUR L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT**

Nom et signature du représentant de l'établissement  
...Michel MANGENOT - Directeur - .....

**POUR L'ORGANISME D'ACCUEIL**

Nom et signature du représentant de l'organisme d'accueil  
.....

**STAGIAIRE (OU SON REPRESENTANT LEGAL LE CAS ECHEANT)**

Nom et signature  
.....

**L'enseignant référent du stagiaire**

Nom et signature

**Le tuteur de stage de l'organisme d'accueil**

Nom et signature

Annexes : fiche..... /Attestation de stage.....