

PROMESSE DE PFMP

Directeur Délégué aux Formations



ddfpt.0350030t@ac-rennes.fr



02 99 27 82 99

Affaire suivie par le professeur principal



NOM et Prénom de l'élève stagiaire

Date de naissance

Adresse

Code Postal Ville



.....



.....



.....

Diplôme préparé	Période de stage
Formation	<input type="checkbox"/> du au
.....	
Classe	<input type="checkbox"/> du au
Professeur Principal	

ENTREPRISE	
Nom de l'entreprise :	Nom du tuteur :
Représentée par
En qualité de
.....
.....
.....
Nom de l'assurance	Date / / 20...
N° du contrat	<u>CACHET et SIGNATURE</u>
Lieu de stage :	

Date de retour de la "Promesse de PFMP" au professeur principal / / 20.....