

Avenant à la convention de stage

Le présent avenant vise à modifier le déroulement du stage qui avait été convenu entre :

<u>L'ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR</u>	<u>L'ORGANISME D'ACCUEIL</u>
Nom : Sorbonne Université	Nom :
Adresse (siège social) : 21 rue de l'école de médecine, 75006 PARIS	Adresse :
Représenté par Nathalie DRACH-TEMAM présidente de Sorbonne Université ou son représentant (nom du représentant) :	Représenté par (nom du signataire de la convention) :
Qualité du représentant :	Qualité du représentant :
Tel :	Tel :
Courriel :	Courriel :
Département/Ecole/Institut/UFR :	Département/Service dans lequel le stage est effectué :
Tel :	Tel :
Courriel :	Courriel :
N° SIREN : 130 023 385 N° SIRET : 130 023 385 00011	N° SIREN : N° SIRET :
Catégorie : Organisme public	Catégorie : Grande entreprise (>500 salariés) ETI (>50 et <500 salariés) PME/PMI (11 à 50 salariés) TPE (1 à 10 salariés) Organisme public Secteur associatif

<u>L'ETUDIANT(E) STAGIAIRE</u>	
N° de carte d'étudiant(e) :	
Nom :	Prénom :
Sexe : F M	Né(e) le :
Adresse :	Tel :
	Courriel :
Intitulé de la formation ou du cursus suivi à Sorbonne Université :	
Volume horaire annuel d'enseignement :	
D'un commun accord, le stage, initialement prévu :	
DU	AU
LIEU (si différent de l'adresse de l'organisme d'accueil) :	
DURÉE DU STAGE :	Heures Jours Semaines Mois (<i>choisir la mention</i>)
Nombre de jours de présence effective de stage :	
Durée horaire hebdomadaire : à temps complet ou à temps partiel	

Sera ainsi modifié :

(Cocher la ou les cases correspondantes)

La durée du stage sera étendue : DU AU

Les horaires sont modifiés de la façon suivante :

Le stage sera provisoirement suspendu pour la période allant : DU AU

Dans le cadre du stage, le stagiaire pourra se déplacer ou se rendre à l'adresse suivante :

La gratification mensuelle sera d'un montant de :

Fait en 3 exemplaires à

le,

L'ENSEIGNANT REFERENT DU STAGIAIRE

Nom et signature

LE TUTEUR DE STAGE DE L'ORGANISME D'ACCUEIL

Nom et signature

POUR SORBONNE UNIVERSITE

Nom et signature du représentant de l'établissement

POUR L'ORGANISME D'ACCUEIL

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

STAGIAIRE (OU SON REPRESENTANT LEGAL)

Nom et signature