

## Avenant à la convention relative à la formation en milieu professionnel des élèves de lycée professionnel (BAC)

Entre :

**l'entreprise (ou l'organisme) :**

Nom de l'entreprise (ou de l'organisme) d'accueil : .....

Adresse : .....

Domaine d'activités de l'entreprise : .....

N° téléphone : ..... N° télécopieur : .....

Courriel : .....

N° d'immatriculation de l'entreprise : .....  
(si nécessaire)

Représenté(e) par (nom).....Fonction : .....

N° téléphone : ..... Courriel.: .....

**L'établissement :**

Nom : **Lycée professionnel MAX JOSEPHINE**

Adresse : **Avenue VOLTAIRE 97300 CAYENNE**

N° téléphone : 0594 25 39 66 N° télécopieur : 0594 30 00 39

Représenté par : **Mme van KEEKEN** Chef d'Établissement [ce.9730003r@ac-guyane.fr](mailto:ce.9730003r@ac-guyane.fr)

ou son représentant : **Mme MANGIAVILLANO** Chef de Travaux ☎ **0594-25-24-64 0694-38-48-17**

Pour toute absence ou manquement à une règle veuillez contacter le jour même le numéro ci-dessus ou  
[josiane.mangiavillano@ac-guyane.fr](mailto:josiane.mangiavillano@ac-guyane.fr)

**L'élève :**

NOM et prénom : .....

Date de naissance : .....

Diplôme préparé : ..... classe : .....

Adresse personnelle : .....

N° téléphone : .....

**Pour la durée :**

Du

au

**Annexe 1 :**

**Annexe pédagogique :**

**1° Elève :**

Nom : ..... Prénom : ..... Age: ..... ans

Diplôme préparé : **Baccalauréat Professionnel**

**2° Tuteur désigné par l'entreprise :**

Nom : .....

Fonction: .....

Tel : .....

Courriel : .....

**3° Horaires journaliers de l'élève (sous réserve de modifications liées à l'organisation du travail ou aux intérêts pédagogiques) :**

	Matin	Après-midi
Lundi	de à	de à
Mardi	de à	de à
Mercredi	de à	de à
Jeudi	de à	de à
Vendredi	de à	de à
Samedi	de à	de à

**4° Professeurs chargés du suivi :**

Professeur principal chargé de la coordination lycée / entreprise :

Nom : ..... Tel : .....

Courriel : .....

Professeur d'enseignement général chargé de la première visite :

Nom : ..... Tel : .....

Professeur d'enseignement professionnel chargé de l'évaluation au cours de la deuxième visite :

Nom : ..... Tel : .....

**5° Axes de formation recommandés pour la période :**

.....  
.....

<p><b>Le chef d'entreprise</b></p> <p><b>Fait le :</b></p>	<p><b>Le chef d'établissement :</b></p> <p><b>Fait le :</b></p>
<p><b>L'élève ou son représentant légal :</b></p> <p><b>Fait le :</b></p>	<p><b>Le professeur principal :</b></p> <p><b>Fait le :</b></p>