



STAGE ECG CONVENTION ENTRE

L'établissement

Nom

Adresse

.....

.....

Téléphone Fax

E-mail

ET

La/le stagiaire

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Téléphone

Élève régulier de l'ECG de Sierre Classe :



1. Dates et durée du stage

.....

2. Nature du stage

.....

.....

.....

3. Assurance-accidents

La/le stagiaire est obligatoirement assuré-e, conformément aux prescriptions de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Les primes de l'assurance contre les accidents professionnels sont prises en charge par l'établissement.

4. Répondant-e de l'établissement

Nom

Prénom

E-mail

5. Répondant-e de l'ECG de Sierre

Nom

Prénom

E-mail

6. Lieu, date et signatures

Lieu et date

L'établissement

La/le stagiaire

Le représentant légal (si nécessaire)

La direction de l'ECG de Sierre