**Autorisation de stage en Alternance**

Département :

Nom(s) et prénom(s) de l’étudiant :

Année d’Etude et Spécialité :

Période du stage : du au

N° Sécurité Sociale :

Entreprise :

Lieu du Stage :

**Modalités du stage :** Le stage pratique se déroulera en alternance. La présence de l’étudiant se fera à raison de … après-midi par semaine, en période d’études.

Date :

Signature du Chef de Département