REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
Département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse
Directions générales de l'enseignement obligatoire et du secondaire II

Unité transversale DIP Echanges & Mobilité (EL&M)

Attestation de réalisation de stage professionnel Programme MS

Stagiaire

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

Adresse de messagerie:

Domaine de formation :

Diplôme de formation (type et date d'obtention) :

Entreprise d'accueil

Nom de l'entreprise d'accueil:

Adresse de l'entreprise d'accueil:

Nom de la personne de référence du stage:

Fonction personne de référence:

Stage

Lieu du stage (pays /ville):

Date début du stage:

Date fin du stage:

Nb d'heures de travail / par semaine:

Rémunération

Oui ☐ Non ☐

Bref descriptif des tâches effectuées :

Le stagiaire et l'entreprise d'accueil attestent que les indications mentionnées sont exactes.

Signature du stagiaire:

Date:

Signature entreprise d'accueil:

Date: