

**Année universitaire 2022/2023**

**AVENANT À LA CONVENTION DE STAGE N° 1**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **ETABLISSEMENT D’ENSEIGNEMENT ou DE FORMATION**   **Nom** : Université Toulouse III Paul Sabatier  **Adresse** : 118 route de Narbonne  31062 TOULOUSE CEDEX 9  **Représenté par** : M. Jean-Marc BROTO  **Qualité** : Président  **Composante / UFR** : …FSI………………………………………………………………..  **Tél.** : 05 61 55 64 87 ou 05 61 55 67 75  **Mail** : [fsi-formation.stage@univ-tlse3.fr](mailto:fsi-formation.stage@univ-tlse3.fr) | 1. **ORGANISME D’ACCUEIL**   **Nom** : …………………………………………………………………..  **Adresse** : …………………………………………………………………..  …………………………………………………………………..  **Représenté par** : …………………………………………………………………..  **Qualité** : …………………………………………………………………..  **Service du stage** : …………………………………………………………………..  **Tél.** : …………………………………………………………………..  **Mail** : …………………………………………………………………..  **Lieu du stage (si différent de l’adresse de l’organisme)** : …………………………………………………………………..  ………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| 1. **LE / LA STAGIAIRE**   **Nom** : …………………………………………………….………….. **Prénom** : ………………………………….…………………………….. **Né(e) le** : …… / …… / …………  **Adresse** : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  **Tél.** : …………………………………………………….………….. **Mail** : ……………………………………………………………………………………………………………….  **Intitulé de la formation suivie dans l’établissement d’enseignement supérieur** :  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Le présent avenant a pour objet de**: Choisissez un élément.  **Commentaires** : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **Représentant une durée totale de**: ……… semaines **et correspondant à**: ……… jours de présence effective dans l’organisme d’accueil  **Répartition si présence discontinue** : ……… heures par semaine, soit ……… par jour  **Gratification** : …………… €/heure  Les autres articles de la convention de stage initiale restent inchangés. |

**SIGNATURES**

|  |  |
| --- | --- |
| **POUR L’ÉTABLISSEMENT D’ENSEIGNEMENT**  Nom et prénom du représentant de l’établissement  ………………………………………………………………………………………... | **POUR L’ORGANISME D’ACCUEIL**  Nom et prénom du représentant de l’organisme d’accueil  ………………………………………………………………………………………… |
| **LE / LA STAGIAIRE (ou son représentant légal le cas échéant)**  Nom et prénom  ………………………………………………………………………………………... | **LE TUTEUR / LA TUTRICE DE STAGE DE L’ORGANISME D’ACCUEIL**  Nom et prénom  ………………………………………………………………………………………... |
| **L’ENSEIGNANT RÉFÉRENT DU / DE LA STAGIAIRE**  Nom et prénom  ………………………………………………………………………………………... |  |