

FORMULAIRE – DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE STAGE

(Afin que votre demande soit évaluée, veuillez faire parvenir ce formulaire à coop@USherbrooke.ca)

Nom			
Matricule			
Discipline			
Niveau de stage	<input type="checkbox"/> T-0	<input type="checkbox"/> T-1	<input type="checkbox"/> T-2
	<input type="checkbox"/> T-3	<input type="checkbox"/> T-4	<input type="checkbox"/> T-5
Période de stage	<input type="checkbox"/> Hiver	<input type="checkbox"/> Été	<input type="checkbox"/> Automne
Nom de l'organisation			
Adresse du stage (Adresse complète avec le code postal)			
Responsable de la supervision		Responsable de l'embauche (si différent)	
Nom :		Nom :	
Titre :		Titre :	
Téléphone :		Téléphone :	
Cellulaire :		Cellulaire :	
Courriel :		Courriel :	
Description du poste (Si espace insuffisant, S.V.P. mettre la description en annexe)			
Commentaires (facultatif) :			
Télétravail <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement			
Salaires (horaire brut)	_____ \$/heure	Nombre d'heures/semaine (Minimum 35 heures)	_____ h/sem.
Date de début du stage	__ / __ / ____ JJ / MM / AAAA	Durée du stage (Normalement 15 semaines, Minimum 12 semaines)	__ semaines
Signatures (Un courriel peut faire foi de signature)			
Important : Ce document signé fera office de convention de stage.			
Responsable de l'embauche : _____		Date : _____	
Stagiaire : _____		Date : _____	
SSDP : _____		Date : _____	