

## COORDONNEES SOCIETE

Nom ou Raison social :	
Domaine d'activité :	
Tel:	
Fax:	
Email:	
Adresse:	

## COORDONNEES BENEFICIAIRE

Nom & Prénom:	
Fonction:	
N° CIN:	
GSM:	
Date début:	
Date fin:	

Le stagiaire s'engage à respecter durant l'exercice de son stage les obligations suivantes :

- L'exécution consciencieuse des tâches qui lui seront confiées ;
- L'observation de la discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits et informations dont il aura connaissance dans l'exercice de ces tâches.
- Le respect de la hiérarchie, des conditions et horaires de travail.

En cas de non-respect de ces obligations, le stagiaire risque de se voir refuser le certificat de formation.

**Date :**

**Signature :**