

# Demande de remboursements de frais de P.F.M.P.



STAGE DU ..... AU .....

## 1 – L'ELEVE :

NOM	
PRENOM	
CLASSE	

## 2 – LE STAGE :

NOM DE L'ENTREPRISE	
ADRESSE / LIEU	
HORAIRES	
DOMICILE DE L'ELEVE	
DOMICILE DES PARENTS	
DOMICILE DURANT LE STAGE	

## 3 – LES DEPLACEMENTS :

TRANSPORT	<input type="checkbox"/> CARS SCOLAIRES <input type="checkbox"/> VEHICULE PERSONNEL <input type="checkbox"/> AUTRE
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

AVIS DU PROFESSEUR RESPONSABLE	AVIS DU DDFPT

Fournir un RIB. + la convention de stage

Remis par : .....

Le : .....