

DEMANDE DE CONVENTION SIMPLE

À NOUS RETOURNER PAR MAIL IMPÉRATIVEMENT 8 JOURS AVANT LE DÉBUT DE LA MISSION

ÉTUDIANT

Nom _____
 Prénom _____
 Nationalité _____
 Date de naissance _____
 N° Sécu _____
 Mail _____
 Téléphone _____
 Adresse _____
 CP Ville _____

ENTREPRISE

Raison sociale _____
 Siret _____
 Mail _____
 Téléphone _____
 Adresse _____
 CP Ville _____
 N° d'inscription à l'ordre _____
 Référent mission _____
 Mail _____
 Téléphone _____
 Référent facturation _____
 Mail _____
 Téléphone _____

MISSION D'ÉTUDE

DÉFINITION DE LA MISSION
 INTERVENTION EXACTE
 DE L'ÉTUDIANT, PHASE, PROJET...

DU / / AU / /

ACCORD ET MODALITÉS

DE LA MISSION D'ÉTUDE ENTRE L'ÉTUDIANT ET LA STRUCTURE D'ACCUEIL

ÉCHÉANCES	JOUR ÉTUDE EFFECTIF À L'AGENCE		PRIX HT FACTURÉ À L'ENTREPRISE PAR JOUR ÉTUDE	OU	HONORAIRE NET ÉTUDIANT PAR JOUR ÉTUDE
	MOIS	NB JRS ESTIMÉS			
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					
I					
J					
K					
L					
TOTAL					

DATE : _____

SIGNATURE

AGENCE

SIGNATURE

ÉTUDIANT
