|  |  |
| --- | --- |
| Année universitaire :2020/2021  Avenant[[1]](#footnote-1) à la convention de stage entre | |
| l’établissement d’enseignement supérieur   Nom : **Sorbonne Université**  Adresse (siège social) : 21 rue de l’École de Médecine 75006 Paris  ***NB : Ne pas transmettre l’avenant à cette adresse***  Représenté par : **Jean CHAMBAZ**  Qualité du représentant : Président de Sorbonne Université  Nom du signataire de la convention : Frédéric DECREMPS  Qualité du signataire : Directeur  🕿  : 01 44 27 45 99  Mél : master.phys@upmc.fr  Département/Service/UFR/ : Département du Master de Physique  Adresse (si différente du siège social) :  ***NB : Ne pas transmettre l’avenant à cette adresse*** *encadrement du stagiaire par l’établissement* Nom et prénom de l’enseignant référent : Sophie CRIBIER  🕿 : 01 44 27 38 42  Mél : sophie.cribier@sorbonne-universite.fr | l'organisme d’accueil Nom :  Adresse (siège social) :  Pays :  Représenté par:  Qualité du représentant :  Nom du signataire de la convention :  Qualité du signataire :  🕿 :  Mél :  Département/ Service (dans lequel le stage sera effectué) :  Adresse (si différente du siège social) : *encadrement du stagiaire par l’organisme* Nom et prénom du tuteur de stage :  🕿 :  Mél :  *Les tuteurs et enseignants référents restent joignables pendant la période de stage* |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **Lettres** |  | **Médecine** | • | **Sciences et Ingénierie** |  le ou la stagiaire Faculté de rattachement de l’étudiant (*cochez la case appropriée*) :  N° de carte d’étudiant :  sfdb  Nom : Prénom :  Né(e) le :  Adresse du domicile:  •  🕿 : Mél :  Contact en cas d’urgence (autre que le stagiaire) :  Intitulé de la formation ou du cursus suivi au sein de l’établissement d’enseignement supérieur (préciser la mention ainsi que le parcours) :  Niveau : | |

Compte-tenu de la crise sanitaire liée à la propagation du COVID 19 et des circonstances exceptionnelles ayant lieu durant ce stage,

le présent avenant prendra effet de plein droit à la date de signature de l’avenant par le stagiaire. Il a pour objet de modifier, comme

indiqué ci-dessous, la convention de stage signée entre les parties désignées en entête.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| modification des dates du stage Le stage prévu du au et le cas échéant effectué à distance du au est :   * prolongé jusqu’au ,soit une durée totale de stage de heures de présence effective. * interrompu temporairement jusqu’au . Une nouvelle convention sera signée en cas de possibilité de reprise du stage * suspendu définitivement  modification des aménagements particuliers À compter du ,   * le lieu de stage initialement prévu est modifié et se déroulera à l’adresse suivante :   ………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………….  Il sera réalisé :   * à distance (au domicile du stagiaire) * en présentiel * à distance et en présentiel (joindre le planning établi avec l’organisme d’accueil)   *Il est entendu entre les parties qu’en cas de demande de mesures de reconfinement ou de constatation de non-respect de règles, d’hygiène et de sécurité, le stage basculera à distance à l’adresse du domicile du stagiaire.*   * Autres modifications portant sur les aménagements particuliers (horaires, contraintes de travail…) :   …………………………………………………………………………………………………………………. autres modifications portant sur :  * le tuteur et/ou l’enseignant référent :……………………………………………………………………….. * le sujet du stage :……………………………………………………………………………………………… * les missions et activités confiées :………………………………………………………………………......   ***Il est interdit de confier au stagiaire des tâches dangereuses pour sa santé ou sa sécurité.***  *Le stagiaire s’engage à respecter le planning établi par l’organisme d’accueil, et à ne pas se déplacer. L’organisme d’accueil s’engage à respecter le* [*protocole national,*](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/protocole-national-sante-securite-en-entreprise.pdf) *et, le cas échéant les fiches métiers publiées.* | | |
| **Pour l’organisme d’accueil**  Nom et signature du représentant, Cachet de l’organisme | **Le tuteur de stage (dans l’organisme d’accueil)**  Nom et signature |
| **Le stagiaire (ou son représentant légal le cas échéant)**  Nom et signature | **L’enseignant référent du stagiaire**  Nom et signature : Sophie CRIBIER |
| **Cachet du département ou de l’UFR** | **Pour l’établissement d’enseignement supérieur**  Nom et signature de représentant de l’établissement  Frédéric DECREMPS, directeur du Master de Physique  Fait à , le |

*Il est entendu entre les parties que le présent avenant pourra être envoyé par courriel avec signatures scannées, sous réserve de vérification de l’identité des signataires.*

1. *Vu le code de l’éducation, notamment ses articles L124-1 et suivants,*

   *Vu la l*[*oi n° 2020‑856 du 9 juillet 2020 organisant la sortie de l’état d’urgence sanitaire modifiée*](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042101318/) *prolongeant le régime transitoire institué à la sortie de l’état d’urgence*

   Vu le [***protocole national en vigueur***](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/protocole-national-sante-securite-en-entreprise.pdf) [↑](#footnote-ref-1)