|  |
| --- |
| 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 UniversitéNom du signataire de la convention : Frédéric DECREMPSQualité du signataire : Directeur 🕿  : 01 44 27 45 99Mél : master.phys@upmc.frDépartement/Service/UFR/ : Département du Master de PhysiqueAdresse (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’accueilNom : 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 stagiaireFaculté de rattachement de l’étudiant (*cochez la case appropriée*) : N° de carte d’étudiant : sfdbNom : 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 stageLe 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 particuliersÀ 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’établissementFrédéric DECREMPS, directeur du Master de PhysiqueFait 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)