

ATTESTATION DE STAGE

BTS S.I.O SLAM 2 ÈME ANNÉE

ORGANISME D'ACCUEIL

Nom ou dénomination sociale :

Adresse :



:

Certifie que

LA OU LE STAGIAIRE

Nom :

Prénom :

Né.e le : ... / ... / ...

Sexe : F M

Adresse :



:

Mél :

ÉTUDIANT(E) en BTS Services informatiques aux organisations option SLAM

AU SEIN DU

LYCÉE PRIVÉ SAINT-VINCENT 30 RUE DE MEAUX 60300 SENLIS

a effectué un stage prévu dans le cadre de ses études

DURÉE DU STAGE

Dates de début et de fin du stage :

Du ... / ... /

au ... / ... /

Représentant une **durée totale** de semaines / de mois (*rayez la mention inutile*).

La durée totale du stage est appréciée en tenant compte de la présence effective de la ou du stagiaire dans l'organisme, sous réserve des droits à congés et autorisations d'absence prévus à l'article L.124-13 du code de l'éducation (art. L.124-18 du code de l'éducation). Chaque période au moins égale à 7 heures de présence consécutive ou non est considérée comme équivalente à un jour de stage et chaque période au moins égale à 22 jours de présence consécutive ou non est considérée comme équivalente à un mois.

MONTANT DE LA GRATIFICATION VERSÉE À LA OU LE STAGIAIRE (facultative)

La ou le stagiaire a perçu une gratification de stage pour un montant total de euros.

L'**attestation de stage** est indispensable pour pouvoir, sous réserve du versement d'une cotisation, faire prendre en compte le stage dans les droits à retraite. La législation sur les retraites (loi n°2014-40 du 20 janvier 2014) ouvre aux étudiants **dont le stage a été gratifié** la possibilité de faire valider celui-ci dans la **limite de deux trimestres**, sous réserve du versement d'une cotisation. **La demande est à faire par l'étudiant(e) dans les deux années** suivant la fin du stage et sur **présentation obligatoire de l'attestation de stage** mentionnant la durée totale du stage et le montant total de la gratification perçue. Les informations précises sur la cotisation à verser et sur la procédure à suivre sont à demander auprès de la Sécurité sociale (code de la Sécurité sociale art. L.351-17 – code de l'éducation art..D.124-9).

FAIT À **LE**
Nom, fonction et signature du représentant de l'organisme d'accueil