



**STAGE ECG**

**CONVENTION ENTRE**

**L'établissement**

Nom .....

Adresse .....

Téléphone ..... Fax .....

E-mail .....

**ET**

**La/le stagiaire**

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse .....

Téléphone .....

Élève de l'ECG de Sion ..... Classe : .....

**1. Dates et durée du stage**

..... 2 semaines à plein temps

**2. Nature du stage**

.....  
.....  
.....

### 3. Assurance-accidents

La/le stagiaire est obligatoirement assuré-e, conformément aux prescriptions de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Les primes de l'assurance contre les accidents professionnels sont prises en charge par l'employeur.

### 4. Répondant-e de l'établissement

Nom .....

Prénom .....

Téléphone .....

E-mail .....

### 5. Répondant-e de l'école (ECG de Sion)

Nom .....

Prénom .....

### 6. Lieu, date et signatures

Lieu et date .....

L'établissement .....

La/le stagiaire .....

Le représentant légal (si nécessaire) .....

La direction de l'ECG de Sion .....