



MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

STAGES A L'ETRANGER

Attestation relative à la protection contre les maladies professionnelles et les accidents du travail.

Nom de l'étudiant reçu par l'organisme d'accueil :

Prénom :

N° d'étudiant :

Date de début de stage : //

Date de fin de stage : //

Adresse où aura lieu le stage :

Dénomination et forme juridique de l'établissement d'accueil :

Je soussigné (e) : (Nom, prénom du représentant légal de l'établissement ou de la personne dûment habilitée à le représenter)

Déclare sur l'honneur :

(Cochez la case correspondante)

que la législation du pays où est situé mon établissement prévoit la protection des salariés et des stagiaires contre les accidents du travail et les maladies professionnelles

et que mon établissement est à jour des cotisations afférentes à la couverture des risques accident du travail-maladie professionnelle

ou

que mon établissement a souscrit une assurance volontaire pour couvrir le stagiaire pour toute la durée de son stage*

*joindre l'attestation d'assurance

Fait à

le

Signature et cachet de l'établissement d'accueil