### Annexe 5

# BTS Management des Unités Commerciales

# Session 2015

# Attestation de stage

|  |  |
| --- | --- |
| **STAGIAIRE****NOM :** **PRENOM(S) :****Né(e) le : à** **SIGNATURE :** | **ETABLISSEMENT****NOM :****ADRESSE :** **TELEPHONE :****FAX :** **Cachet de l’établissement** |
| **Périodes de stage effectuées par le (la) stagiaire** |
| Rappel : une période d’une durée minimale de 4 semaines consécutives en 1ère année | **Nombre de semaines** |
| **DU AU** |  |
| **DU AU** |  |
| **DU AU** |  |
| **DU AU** |  |
| **DU AU** |  |
|  **TOTAL**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENTREPRISE****RAISON SOCIALE :****ADRESSE :** **TELEPHONE :****FAX :**  | **TUTEUR****NOM :****TELEPHONE :** **FONCTION :** **Cachet de l’entreprise****et SIGNATURE du responsable** |