**ANNEXE 3**

**BREVET DE TECHNICIEN SUPÉRIEUR « DIÉTÉTIQUE »**

**CERTIFICAT DE STAGE**

**NOM** du candidat : FABREGUES

**PRÉNOM(S)** : Laurence

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE** : 20/01/1966

A effectué, conformément à la réglementation du Brevet de technicien supérieur DIÉTÉTIQUE (annexe 2 de l'Arrêté du 9 septembre 1997) un stage

**DUREE DU STAGE** .....

Dates de début et de fin de stage : Du 7 juin 2021 au 9 juillet 2021

Représentant une **durée totale** de 5 nombre de semaines / de mois (rayer la mention inutile).

La durée totale du stage est appréciée en tenant compte de la présence effective du stagiaire dans l'organisme, sous réserve des droits et 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 consécutives ou non est considérée comme équivalente à un jour de stage et chaque période au moins égale à 22 jours de présence consécutifs ou non est considérée comme équivalente à un mois.

**NOM de l'ENTREPRISE**: .....

**ADRESSE** : .....

.....

**TÉLÉPHONE** : .....

**SERVICE** (s'il y a lieu) : .....

**RESPONSABLE du STAGIAIRE** : .....

| | |
|---|---|
| **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 la 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 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. L351-17 / code de l'éducation art. D. 124-9). | **FAIT À** .....**LE** .....<br><br>Nom, fonction et signature du représentant de l'organisme d'accueil<br><br>Khépri Formation<br>188 Gde rue Charles de Gaulle<br>94130 Nogent sur Marne<br>O.F. N° 11940951494<br>Data-Dock N° 0052300<br>Sté SophroKhépri<br>RCS 844 445 410 Créteil |

Ce stage a eu lieu dans le cadre des :

- ~~Stages de restauration collective de 1ère année~~ (1)
- ~~Stages de diététique thérapeutique de 2ème année (1)~~
- Stages à option (1)

(1) rayer obligatoirement 2 des 3 possibilités.

Le .....

Cachet de l'entreprise

Signature du responsable de stage

NB : Ce certificat doit être obligatoirement rempli par le responsable de stage

Khépri Formation
188 Gde rue Charles de Gaulle
94130 Nogent sur Marne
O.F. N° 11940951494
Data-Dock N° 0052300
Sté SophroKhépri
RCS 844 445 410 Créteil