

Supervision de stagiaires

Session _____ Sigle du cours _____ Groupe : _____

Adresse complète de résidence _____

Code postal _____ tél.: (_____) _____

Véhicule personnel (immatriculation) _____

Transport public

Date	NOM DE L'ÉTUDIANT(E)	Adresse complète du lieu du stage École - Commission scolaire - Ville	Km aller- retour	\$

TOTAL

Nom et signature du, de la superviseur-e _____

Signature du, de la responsable du département _____ Date _____