|  |  |
| --- | --- |
| **Institution principale - Lieu d’apprentissage habituel**  Nom :  Adresse :  Service :  Responsable de formation/personne de contact  Nom :  Tél. :  Email :  Signature…………………………………………………………… | **Institution partenaire - Lieu de stage**  Nom :  Adresse :  Service :  Responsable de formation/ personne de contact  Nom :  Tél. :  Email :  Signature…………………………………………………………… |
| **Apprenti-e**  Nom :  Adresse :  Tél. :  Email :  Date de naissance :  Signature………………………………………………………………. | **Représentant-e légal-e** (si l’apprenti-e est mineur-e)  Nom :  Adresse :  Tél. :  Email :  Signature…………………………………………………………… |

Les signataires de ce document s’engagent à respecter les conditions cadre relatives aux stages rocade définies par l’OrTra Santé-Social Fribourg.