|  |  |
| --- | --- |
| **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.