



Département de l'économie et de la formation  
Service de l'enseignement

Departement für Volkswirtschaft und Bildung  
Dienststelle für Unterrichtswesen

CANTON DU VALAIS  
KANTON WALLIS

## STAGE ECG CONVENTION ENTRE

### L'établissement

Nom .....

Adresse .....

.....

.....

Téléphone .....

E-mail .....

## ET

### La/le stagiaire

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse .....

Téléphone .....

Élève régulier de l'ECG de ..... Classe : .....



**1. Dates et durée du stage**

.....

**2. Nature du stage**

.....

.....

.....

**3. Assurance-accidents**

La/le stagiaire est obligatoirement assuré-e, conformément aux prescriptions de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Les primes de l'assurance contre les accidents professionnels sont prises en charge par l'établissement.

**4. Professionnel qualifié de l'établissement**

Nom .....

Prénom .....

E-mail .....

**5. Enseignant-e répondant-e de l'ECG**

Nom .....

Prénom .....

E-mail .....

**6. Lieu, date et signatures**

Lieu et date .....

L'établissement .....

La/le stagiaire .....

Le représentant légal (si nécessaire) .....

La direction de l'ECG .....