



**ATTESTATION RELATIVE A LA PROTECTION CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES  
PROFESSIONNELLES**

**STAGES A L'ETRANGER**

**Nom de l'étudiant** reçu par l'organisme d'accueil :

Prénom :

N° d'étudiant :

Date de début du stage :        /        /        /

Date de fin de stage :        /        /        /

Adresse où aura lieu le stage :

**DENOMINATION ET FORME JURIDIQUE DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL :**

Je soussigné(e) : (Nom, prénom du représentant légal de l'établissement ou de la personne dûment habilitée à le représenter)

**Déclare sur l'honneur :**

(cocher la case correspondante)

Que la législation du pays où est situé mon établissement prévoit la protection des salariés et des stagiaires contre les accidents du travail et les maladies professionnelles

et que mon établissement est à jour des cotisations afférentes à la couverture des risques accident du travail-maladie professionnelle

**Dans la négative,**

Que mon établissement a souscrit une assurance volontaire pour couvrir le stagiaire de l'UNS pour toute la durée de son stage\*

\*joindre l'attestation d'assurance

Fait à  
le

Signature et cachet de l'établissement d'accueil

A retourner dûment  
Complétée et signée à  
Université Nice Sophia-Antipolis  
DEVE – Grand château –  
28, Av Valrose – BP 2135  
06103 – Nice cedex 2