

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

Intern's last name

Prénom :

Intern's first name

N° d'étudiant :

Student ID number

Date de début du stage : / / /

Beginning of internship (dd/mm/yyyy)

Date de fin de stage : / / /

End of internship (dd/mm/yyyy)

Adresse où aura lieu le stage :

Exact address where the internship will take place

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

NAME AND INCORPORATION ID OF THE COMPANY:

Je soussigné(e) :

I, the undersigned

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

(Full name of the legal representative of the company)

Déclare sur l'honneur (cocher la case correspondante) :

Hereby certify (please check the corresponding box)

- 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

That, according to the legislation of the country where my company is located, employees and interns must be protected in case of accidents at work and occupational diseases and that my company has paid all fees and taxes concerning the insurance related to accidents at work and occupational diseases.

Dans la négative,

If that is not the case,

- Que mon établissement a souscrit une assurance volontaire pour couvrir le stagiaire de l'UNS pour toute la durée de son stage (**joindre copie de l'attestation d'assurance**)

*That my company has subscribed an additional insurance for the intern named above and that this insurance covers the whole period of the internship (**please attach copy of the certificate of insurance**)*

Fait à (*Given in*)

Le (*Date*)

Signature et cachet de l'établissement d'accueil

Signature and stamp of the company