ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
Du risque ACCIDENT DE TRAVAIL – MALADIE PROFESSIONNELLE
Stages effectués dans une entreprise à l'étranger
A établir par l'établissement d'enseignement

Dénomination de l'établissement :

Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines
Faculté de droit et science politique
Bureau des stages
3, rue de la Division LECLERC
78280 GUYANCOURT

Renseignements concernant : ☐ **L'élève** ☑ **L'étudiant**

Nom :

Prénom :

Nationalité :

Adresse en France :

Localité :

N° d'immatriculation à la sécurité sociale :

STAGE À L'ÉTRANGER

Durée du stage ne pouvant excéder 12 mois (6 mois à partir du 01/08/16)

Du : **au :**

Entreprise d'accueil

PAYS :

La gratification est-elle supérieure à 15% du plafond horaire de la sécurité sociale :

☐ **OUI** ☐ **NON**

Date :

Cachet et signature de l'établissement d'enseignement :

DÉCISION DE LA CPAM

La CPAM atteste que la personne désignée ci-dessus bénéficie de la protection sociale « Accident du travail - maladie professionnelle » pendant la durée du stage :

☐ **OUI** ☐ **NON**

Date :

Cachet et signature de la CPAM :