

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 d'enseignement :
UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
55 AVENUE DE PARIS
78035 VERSAILLES Cedex

Renseignement concernant l'élève l'étudiant

Nom :
Pour les femmes mariées, indiquer le nom de jeune fille suivi, le cas échéant de :
épouse x....veuve x....

Prénom :

Nationalité :
.....

Adresse en France :

N° d'immatriculation à la sécurité sociale :
(Joindre obligatoirement l'attestation de droit en cours de validité)

STAGE A L'ETRANGER

Durée du stage (ne pouvant excéder 6 mois- 924h)

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 :

DECISION DE LA CPAM

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

Date :

Cachet et signature de la CPAM :