ETAT DES STAGES & FORMATIONS EFFECTUES DONNANT LIEU A INDEMNISATION
STAGIAIRES DU 2nd DEGRE

Seuls les stages et les formations donnant lieu à indemnisation doivent être inscrits dans cet état.
Pour les stages filés, chaque jour de stage doit être inscrit. Pour les stages groupés, seule la période doit être inscrite.
Si la page est complète, il

Année universitaire: 2009/2010 **Trimestre**: 2 et 3 **NOM & Prénom** du stagiaire:

STAGE EN RESPONSABILITE ET STAGE DE PRATIQUE ACCOMPAGNEE

Date de début jj/mm/aaaa	**Date de fin** jj/mm/aaaa	**Etablissement de stage**	**Lieu de stage**	Rempli par l'administration: Validation du Directeur pédagogique	**Lieu de départ** résidence familiale ou administrative	km A/R
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		

STAGE EN ENTREPRISE

				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		

FORMATIONS

				☐		
				☐		
				☐		
				☐		

FORMATIONS

Rempli par l'administration

Date de début jj/mm/aaaa	**Date de fin** jj/mm/aaaa	**Etablissement de formation**	**Lieu de formation**	Validation du Directeur pédagogique	**Lieu de départ** résidence familiale ou administrative	km A/R
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		
				☐		

Je demande l'indemnisation des stages que j'ai effectués et référencés ci-dessus

Date & Signature de l'intéressé(e) :

Rempli par l'administration:

Nombre de km effectués **avant** cet état:	

Tranches	Nbre de km effectués selon **cet** état:	Taux selon **puissance fiscale** du véhicule: __**CV**	Montant
jusqu'à 2 000 km			€
de 2 000 à 10 000 km			€
Total des indemnités kilométriques pour cet état (1):			**€**

Nombre de jours de stages effectués **avant** cet état:	

Tranches	Nbre de jours de stages selon **cet** état:	Taux selon le **cas n°2**	Montant
de 1 à 30		x (13/2) x 3	€
de 31 à 180		x (13/2) x 2	€
Total des indemnités de stage pour cet état (2):			**€**

MONTANT TOTAL A PAYER AU STAGIAIRE (1+2)
€

Certifié conforme pour le Directeur de l'IUFM et par délégation de signature
Date, Nom, prénom, fonction et signature :