

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
Du risque ACCIDENT DE TRAVAIL – MALADIE PROFESSIONNELLE
Stages effectués dans une entreprise à l'étranger

Dénomination de l'établissement :

.....
.....
.....
.....
.....

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 6 mois

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 :

La responsable administrative
scolarité sciences humaines et sociales

**UNIVERSITÉ
MARIE & LOUIS
PASTEUR**
UNIVERSITÉ
de l'Angers, de l'homme
et de la société
Karine SUSINI

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 :