



CONVENTION STAGE D'INSERTION TRAVAILLEUR HANDICAPE (S.I.T.H.)

N°

BP 540 – 98713 PAPEETE
TEL : 40 46 12 51 - FAX : 40 46 12 22

du [][][][][][] au [][][][][][] (réservé au S.E.F.I.)

STAGIAIRE

Nom : Prénom(s) : Sexe : M ☐ F ☐

DN : Date de naissance : [][][][][][] Lieu de naissance :
J M A

Adresse précise : Commune :

BP : Téléphone : Contact des parents ou autres :

Niveau scolaire (diplôme) Dernière classe suivie :

Catégorie de l'handicap reconnu par la CO.T.O.RE.P : ☐ A ☐ B ☐ C ☐ M.Ordi. ☐ M.Adapté Date de fin : [][][][][][]

ORGANISME D'ACCUEIL

Organisme d'accueil : Numéro TAHITI :

Adresse : Nom du responsable :

Téléphone : FAX : Responsable de l'accompagnement :

STAGE PROPOSE

Initiation au métier de :

Description des tâches confiées :

Lieu d'activité du stagiaire :

Horaires de travail : 35 h à répartir sur 5 jours (2 jours de repos consécutifs par semaine dont le dimanche). Pas de travail les jours fériés, pas d'heures supplémentaires, pas d'horaires de nuit (de 20 h à 6h) :

Du à : de h à h et le : de h à h
et de h à h et de h à h

INDEMNISATION ET COUVERTURE SOCIALE (NE PAS COMPLETER, RESERVE AU SEFI)

Indemnité mensuelle du stagiaire durant 6 mois :

☐ Moins de 30 ans : 80 000 FCFP brut ☐ 30 ans et plus : 100 000 FCFP brut

Couverture sociale (Maladie, Accident de Travail) assurée par le S.E.F.I.

CONTROLE, SUIVI et EVALUATION

Le S.E.F.I. et/ou la Direction du Travail peuvent à tout moment effectuer un contrôle du déroulement du stage sur le lieu d'activité. En cas d'irrégularité constatée, l'administration peut rompre unilatéralement la convention de stage et suspendre le versement des indemnités du stagiaire.

L'organisme d'accueil s'engage à adresser au SEFI les grilles d'évaluation du stagiaire, au cours des 4^{ème} et 6^{ème} mois de stage.

La convention peut être résiliée :

- en cas de faute lourde ou faute grave ou de force majeure.
- à la demande de l'une ou l'autre des parties avec un préavis de 48 heures, après consultation du S.E.F.I.
- en cas de manquement aux obligations contractuelles des parties.
- en cas d'incapacité médicale.

Afin que le S.E.F.I. soit en mesure de verser l'indemnité de stage, l'organisme d'accueil doit adresser au S.E.F.I., avant le 5 du mois suivant, la feuille de présence du mois écoulé, complétée et visée par le responsable de l'organisme d'accueil et le stagiaire, et le cas échéant le ou les arrêts maladie.

Le stagiaire ou son tuteur

L'organisme d'accueil

Rendu exécutoire le

Par délégation,
le Chef de service du S.E.F.I.