



**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 :

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

Renseignements 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°..... Rue.....

Localité : ..... Code postal : .....

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 12 mois)

Du : ..... au : .....

Entreprise d'accueil :

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

PAYS : .....

Le stage est-il rémunéré au-delà de la gratification mensuelle fixée par décret ?

(Cf. informations)

OUI       NON  (voir fiche instructions)

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 :