



**ATTESTATION RELATIVE A LA PROTECTION CONTRE
LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES
STAGES A L'ETRANGER**

NOM ET PRENOM DE L'ETUDIANT :

N° d'étudiant :

Formation :

Date de début de stage :/...../..... Date de fin de stage :/...../.....

Adresse du lieu de stage :
.....
.....

Pays :

NOM DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL :

.....
.....

Je soussigné(e).....
(Nom et fonction)

déclare sur l'honneur :
(Cocher la case correspondante)

Que la législation du pays où est situé mon établissement prévoit la protection des salariés et des stagiaires contre les accidents du travail et les maladies professionnelles

Et que mon établissement est à jour des cotisations afférentes à la couverture des risques accident du travail-maladie professionnelle.

Dans la négative,

Que mon établissement a souscrit une assurance volontaire pour couvrir le stagiaire de Sciences Po Bordeaux pour toute la durée de son stage (joindre l'attestation d'assurance).

Fait à
Le

Signature et cachet de l'établissement d'accueil

L'étudiant doit retourner ce document original une fois complété au :
Bureau des Stages
11 allée Ausone – Domaine Universitaire – F-33607 Pessac Cedex - France
Mail : stages@sciencespobordeaux.fr