

## FEUILLE DE TEMPS

<b>Identification</b>			
Nom du milieu de stage			
Adresse du milieu de stage			
Maître de stage		Tél.	
Nom du stagiaire			
No d'étudiant			
Programme d'études			
Responsable ATÉ		Tél.	

SEMAINE	DATE DU STAGE		Nbre d'heures par semaine
	DU	AU	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
<b>TOTAL des heures :</b>			0,00

Signature du maître (superviseur) de stage : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'étudiant.e: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_