



**DEMANDE DE PASSAGE EN TELETRAVAIL POUR CERTAINES MISSIONS DU
STAGE PROFESSIONNEL**

L'étudiant :

NOM :

Prénom :

e-mail :

numéro de téléphone :

M1

M2 PCA

M3 PCA

M2 NPSY

Le psychologue praticien référent :

NOM :

Prénom :

e-mail :

numéro de téléphone :

Service / lieu du stage :

Etablissement :

Date d'effet :

Décrire la nature des missions télétravaillées :

Décrire les modalités d'encadrement de la part du psychologue praticien référent concernant les missions télétravaillées :

Volume horaire total des missions télétravaillées (en heures) :

Volume horaire total du stage (en heures) :

L'étudiant dispose-t-il du matériel nécessaire à la réalisation des missions citées ci-dessus en télétravail ? OUI / NON (*razer la mention inutile*)

L'étudiant

Prénom NOM :

Date :

Signature :

Le psychologue praticien référent

Prénom NOM :

Date :

Signature :

Le maître de stage enseignant chercheur

Demande acceptée

Demande refusée

Prénom NOM :

Date :

Signature :

La demande de télétravail est à adresser par e-mail à emilie.favre@univ-lyon2.fr. Une fois acceptée, l'étudiant doit procéder à la réalisation d'un avenant sur PStage.