



## DEMANDE DE VISITE du LPA du Robert

Nom de l'établissement : .....

Adresse : .....

Téléphone : 05 96 ..... Fax : 05 96 .....

E-mail : .....

Personne l'origine de la demande :

Nom : ..... Tel : .....

HORAIRES	Date souhaitée	Effectif prévisionnel
Mardi entre 9h et 11h	.....	.....
Mardi entre 14h et 16h	.....	.....
Jeudi entre 9h et 11h	.....	.....

### Stage d'immersion :

Nom et prénom de l'élève :

Classe souhaitée :

Dates envisagées :

### Présentation du LPA au collège :

Je souhaiterais qu'un représentant du LPA vienne au collège présenter les formations et métiers, pour les élèves ou les professeurs principaux :

Date souhaitée :

Public du collège :