



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 :