

3) Avenant à la Convention de césure

Je soussigné(e) (NOM – Prénom) :

N° étudiant :

Demande l'autorisation de :

Réintégrer la formation suivante après interruption de ma période de césure * :

Intitulé de la formation intégrée à l'issue de la césure :

Licence : L1 L2 L3 Master : M1 M2 Formations de Santé

Semestre(s) (indiquez le/les semestre.s réintégré.s à l'issue de la césure) :

1 2 3 4 5 7 8 9

Mention :

Parcours :

Autre à préciser (ex DUT, formation santé, ingénieur) :

Modifier mon projet en cours d'année et ou de semestre de césure * :

Résumer et justifier le nouveau projet de césure :

.....

Date de la période de césure :

* cocher la case correspondante

| | | |
|--|--|--|
| Date et signature de l'étudiant(e) : | Nom du responsable de formation dans laquelle l'étudiant(e) sera réintégré(e) : Avis : <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable Date et signature : | Le directeur/la directrice de la composante : Avis : <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable Date et signature : |
|--|--|--|

Un exemplaire du présent avenant à la convention sera remis à l'étudiant(e). Une copie sera conservée par le service scolarité.