NOM de l’étudiant(e) :

PRENOM de l’étudiant(e) :

Année d’études actuelle :

Email :

Téléphone :

CURSUS PHARMACEUTIQUE SUIVI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Année universitaire** | **Année d’études** | **Classement ou Mention obtenu** | **Admission Session Juin/Septembre** |
| **20…../20……** |  |  |  |
| **20…../20……** |  |  |  |
| **20…../20……** |  |  |  |
| **20…../20……** |  |  |  |
| **20…../20……** |  |  |  |
| **20…../20……** |  |  |  |
| **20…../20……** |  |  |  |

**T.S.V.P. :**

NOM de l’étudiant(e) :

PRENOM de l’étudiant(e) :

**Départ envisagé : Année** **1er Semestre** **2ème Semestre** 

Année d’études concernée par l’échange :

**PAYS :** ………………………………………………………………………………………………………………………………..

**NOM Université Etrangère :** ………………………………………….......................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Matières suivies à l’étranger** | **Matières ou N° UE correspondantes organisées à Châtenay­ Malabry** | **Nbre d’heures** | **ECTS** | **SEMESTRE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Matières ou Semestre à passer à Châtenay (éventuellement) :**

‐

‐

‐

‐

‐

‐

‐

‐

Visa Coordinateur Départemental Relations Internationales Date : Dr Dorine BONTE