

Nom de l'étudiant/ *Name of the student* :

Prénom de l'étudiant/ *First name* :

E-mail :

SEXE : F M

NOM de l'établissement d'envoi/ *Name of the sending institution* :

Numéro carte étudiante / *Student card number* :

■ **Etablissement d'accueil/receiving institution**

ECOLE DE DROIT DE LA SORBONNE

NOM de l'établissement/ *Name of the receiving institution* :

Période d'études / *Study period* : **semestre 1/** *semester 1* : **semestre 2/** *semester 2* :

■ **CONFERENCE SUIVIE**

Nom de l'enseignant <i>Professor's name</i>	Nombre de crédits ECTS / <i>Number of ECTS credits</i>	Titre de la conférence <i>Course unit title</i>	Signature du conférencier
	1		
	1		
	1		
	1		

NB : Il est nécessaire qu'au minimum 4 conférences soient suivies par l'étudiant pour l'obtention de 4 ECTS.

Signature de l'étudiant(e)/ *Student's signature* :

Date : ____/____/ 20

ETABLISSEMENT D'ACCUEIL/ RECEIVING INSTITUTION : « Nous confirmons que ce programme d'études /contrat d'études est approuvé / *We confirm that this proposed programme of study/learning agreement is approved* »

Nom et signature du coordinateur de département/faculté
Departmental coordinator's signature

Nom et signature du coordinateur d'établissement
Institutional coordinator's signature

Date : ____/____/ 20

Date : ____/____/ 20