**IDENTITE/IDENTITY**

Nom de l’étudiant/Student’s name*:.*Prénom/First name :.

Sexe/Gender : F M Nom de l’établissement d’envoi/Name of sending institution**: Institut Catholique de Paris**

Faculté/Faculty :       Diplôme/Diploma :

**ETABLISSEMENT D’ACCUEIL/HOST INSTITUTION**

Nom de l’établissement/Name of receiving institution :

Pays/Country :

Période d’études/ Study period: semestre 1/semester 1semestre 2/semester 2  Année/ year

**From** **/****/20****to** **/****/20**

**DETAILS DU CONTRAT D’ETUDES/DETAILS OF THE LEARNING AGREEMENT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Code du cours**  **Course unit code** | **Titre du cours dans l’établissement d’accueil** (comme indiqué dans le catalogue de cours)  **Course unit title in the host institution**  (as indicated in the course catalogue*)* | **Drop** | **Nombre de**  **crédits (Université d’accueil)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Modifications /modifications** | **Add** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **TOTAL CREDITS CORRESPONDANT A 30 ECTS/semestre (min. 30/semester)** |  | **= 30 ECTS** |

Le système d’équivalence des notes obtenues dans l’établissement d’accueil doit être juste, équitable et transparent.

Fair translation of grades must be ensured and the student has been informed about the methodology.

Si nécessaire, utilisez une feuille séparée/*if necessary, continue the list on a separate sheet.*

Signature de l’étudiant(e)/Student’s signature :  Date :      /     / 20

ETABLISSEMENT D’ENVOI/SENDING INSTITUTION*:* INSTITUT CATHOLIQUE DE PARIS

«Nous confirmons que ce contrat d’études est approuvé/We confirmthat the learning agreement is approved».

Nom, signature électronique de l’enseignant référent + tampon de la faculté d’origine :

Nom :

Date :      /     / 20

|  |
| --- |
|  |

ETABLISSEMENT D’ACCUEIL/HOST INSTITUTION

*«Nous confirmons que ce contrat d’études est approuvé/We confirm that the learning agreement is approved».*

Nom et signature du coordinateur de département/faculté et/ou Nom et signature du coordinateur d’établissement

Departmental coordinator’s signature Institutional coordinator’s signature

STAMP Host Institution

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ 20 Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ 20