

**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**

ÉCOLE 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**

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