UNIVERSITÉ CAEN NORMANDIE

CONTRAT D'ETUDES/*LEARNING AGREEMENT*
Année Universitaire/*Academic year* 2024/2025

Identité/Identity

Nom de l'étudiant/ *Name of the student* : ..... **Prénom de l'étudiant**/*First name* : .....

SEXE : ☐ F ☐ M Domaine d'études/*field of study* : .....

NOM de l'établissement d'envoi/ *Name of the sending institution* : Université de Caen Basse-Normandie

Code Erasmus de l'établissement d'envoi */Erasmus code* : F CAEN01

Etablissement d'accueil/receiving institution

NOM de l'établissement/ *Name of the receiving institution* : Université de Caen Normandie .....

Code Erasmus de l'établissement*/Erasmus code* : ..... (exemple : E BARCELO03)

Pays/*Country* : FRANCE

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

Détails du programme d'études à l'étranger/du contrat d'études envisagé /Details of the proposed study programme abroad/learning agreement

Code du cours (le cas échéant) **/ Course unit code (if any) and page no. of the course catalogue**	**Titre du cours prévu dans l'établissement d'accueil** (comme indiqué dans le catalogue de cours) **/** ***Course unit title in the receiving institution*** *(as indicated in the course catalogue)*	**Nombre de crédits ECTS /Number of ECTS credits**
	TOTAL CREDITS ECTS (60/année/ *60/academic year***)**	

Signature de l'étudiant(e)/*Student's signature* : Date : ____/_____/ 20

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

Nom, et signature du coordinateur de l'échange
Exchange coordinator's signature

Date : ____/_____/ 20

Nom et signature coordinateur de département/faculté
Departmental coordinator'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

Date : ____/_____/ 20

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

Date : ____/_____/ 20