

3) Avenant à la Convention de césure

Je soussigné(e) (NOM – Prénom) :

N° étudiant :

Demande l'autorisation de :

Réintégrer la formation suivante après interruption de ma période de césure * :

Intitulé de la formation intégrée à l'issue de la césure :

Licence : Licence : L1 L2 L3 LPro BUT Master : M1 M2 Formations de Santé

Semestre(s) (indiquez le/les semestre.s réintégré.s à l'issue de la césure) :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mention/Spécialité :

Parcours :

Autre à préciser (ex formation santé) :

Modifier mon projet en cours d'année et ou de semestre de césure * :

Résumer et justifier le nouveau projet de césure :

.....

Date de la période de césure :

* cocher la case correspondante

Date et signature de l'étudiant(e) : 	Nom du responsable de formation dans laquelle l'étudiant(e) sera réintégré(e) : Avis : <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable Date et signature :	Le directeur/la directrice de la composante : Avis : <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable Date et signature :
--	--	--