

**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 :  L1  L2  L3 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 : .....

Parcours : .....

Autre à préciser (ex DUT, formation santé, ingénieur) : .....

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

Un exemplaire du présent avenant à la convention sera remis à l'étudiant(e). Une copie sera conservée par le service scolarité.