



ECTS – SYSTEME EUROPEEN DE TRANSFERT DE CREDITIS CONTRAT D'ETUDES

ANNÉE ACADÉMIQUE

- DOMAINE D'ÉTUDES

NOM ET PRÉNOM DE L'ÉTUDIANT (E)

UNIVERSITÉ D'ORIGINE: ÉCOLE DE INGÉNIERIE INDUSTRIEL, UNIVERSITÉ DE ZARAGOZA

DÉTAILS DU PROGRAMME D'ÉTUDES À L'ETRANGER/CONTRAT D'ÉTUDES ENVISAGÉ

ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL

PAYS

Code du cours à l'université d'accueil	TITRE DU COURS À L'UNIVERSITÉ D'ACCUEIL	ECTS crédits	Code du cours à l'université d'origine	TITRE DU COURS À L'UNIVERSITÉ DE ZARAGOZA	ECTS crédits

(Si nécessaire, utilisez une feuille séparée)

SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT (E)

DATE

* La signature de ce contrat ne garantie pas que les matières proposes sont azures à l'université d'accueil

ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE

Nous confirmons que ce programme d'études/contrat d'études est approuve.
Signature du coordonnateur de department/faculté.

Signature du coordonnateur d'établissement.

Name:
Date:

Name:
Date:

ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL

Nous confirmons que ce programme d'études/contrat d'études est approuve.
Signature du coordonnateur de department/faculté.

Signature du coordonnateur d'établissement.

Nom:
Date:

Nom:
Date:

* Le non accomplissement de la normative en vigueur rendra nul le contrat

ECTS - SYSTÈME EUROPÉEN DE TRANSFERT DE CRÉDITS CONTRAT D'ÉTUDES

(à compléter UNIQUEMENT le cas échéant)

NOM ET PRÉNOM DE L'ÉTUDIANT (E)

UNIVERSITÉ D'ORIGINE: **ÉCOLE DE INGÉNIERIE INDUSTRIEL, UNIVERSITÉ DE ZARAGOZA**

MODIFICATIONS DU PROGRAMME D'ÉTUDES/CONTRAT D'ÉTUDES

Code du cours à l'université d'accueil	TITRE DU COURS À L'UNIVERSITÉ D'ACCUEIL	ECTS crédits	Code du cours à l'université d'origine	TITRE DU COURS À L'UNIVERSITÉ DE ZARAGOZA	Supprimé S Ajouté A	ECTS crédits

(Si nécessaire, utilisez une feuille séparée)

SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT (E)

DATE

* La signature de ce contrat ne garantit pas que les matières proposées sont assurées à l'université d'accueil

ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE

Nous confirmons que les modifications au programme d'études/contrat d'études énumérés ci-dessus sont approuvées

Signature du coordonnateur de département/faculté.

Signature du coordonnateur d'établissement.

Nom:

Date:

Nom:

Date:

ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL

Nous confirmons que les modifications au programme d'études/contrat d'études énumérés ci-dessus sont approuvées

Signature du coordonnateur de département/faculté.

Signature du coordonnateur d'établissement.

Nom:

Date:

Nom:

Date:

* Le non accomplissement de la normative en vigueur rendra nul le contrat