

Nom _____ Prénom _____ Matricule _____

Programme d'études Université de Sherbrooke

ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL

Nom du laboratoire, centre ou groupe de recherche, département, campus, etc.

Date de début (Année, mois, jour) _____

Date de fin (Année, mois, jour) _____

Activités réalisées dans l'établissement d'accueil (à remplir par le responsable de l'établissement d'attache)

RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL

Nom _____

Prénom _____

Signature de la personne responsable _____

Date _____

RESPONSABLE DU PROGRAMME UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Nom _____

Prénom _____

Signature de la personne responsable _____

Date _____

SIGNATURE AUTORISÉE DE LA FACULTÉ DES LETTES ET SCIENCES HUMAINES

Nom _____

Prénom _____

Signature de la personne autorisée _____

Date _____