



Demande d'Agrément de Mémoire Académique Master of Science in _____

• **Coordonnées de l'Etudiant/e**

Nom, Prénom : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____ E-mail : _____
N° d'étudiant : _____

• **Description du mémoire**

Thème du mémoire :

• **Supervision du mémoire par le Professeur**

Nom, Prénom _____
Téléphone : _____ E-mail : _____

• **Commentaires du Professeur**

Durée du mémoire : _____ Période du mémoire : _____

• **Signatures**

Date : _____ Signature du Professeur : _____

Date : _____ Signature de l'Etudiant(e) : _____

La personne responsable de la coordination des mémoires de Master certifie que l'étudiant/e, dont la demande suit, remplit les conditions d'obtention des crédits ECTS requis pour présenter une demande d'agrément de mémoire académique.

L'étudiant/e a obtenu : _____ **crédits** ECTS sur _____

Date : _____ Signature responsable Graduate School : _____