

PROCÉDURE NORMALISÉE : ÉTABLISSEMENT DES CONVENTIONS INTERNATIONALES

1/ ACCORD DE COOPERATION (programmes de recherche et de formation)

Type de Convention	Activités	Objectifs
<input type="checkbox"/> Protocole d'entente <input type="checkbox"/> Accord-cadre <input type="checkbox"/> Convention d'application <input type="checkbox"/> Avenant <input type="checkbox"/> Renouvellement d'un accord <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Missions et/ou Echanges d'enseignants- chercheurs <input type="checkbox"/> Echanges <u>bilatéraux</u> d'étudiants <input type="checkbox"/> Accueil d'étudiants étrangers <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formation initiale <input type="checkbox"/> Formation continue <input type="checkbox"/> Mobilité des étudiants U.E.V.E	<input type="checkbox"/> Ingénierie de formation, formation de formateurs <input type="checkbox"/> Double diplomation <input type="checkbox"/> Délocalisation de diplômes <input type="checkbox"/> Co-diplomation <input type="checkbox"/> Recherche <input type="checkbox"/> Autre :

Utilisation de l'accord « type » de l'UEVE	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Annexe pédagogique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Annexe financière	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Pour l'Université d'Evry Val d'Essonne :

NOM ET QUALITÉ DU RESPONSABLE DE LA COOPÉRATION :
 TÉLÉPHONE :
 E-MAIL :
 INTITULÉ DE L'UFR ET DU DÉPARTEMENT :

Pour l'établissement d'enseignement supérieur étranger partenaire :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :
 ADRESSE :
 PAYS :
 NOM DU PRÉSIDENT, RECTEUR, ou DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT :
 NOM ET QUALITÉ DU RESPONSABLE DE LA COOPÉRATION :
 E-MAIL :
 INTITULÉ DU DÉPARTEMENT ETRANGER :

2/ PROJET DE COOPERATION

DOMAINES DISCIPLINAIRES :

-
-
-

Résumé du projet de coopération:

DATE :

Nom & signature du Responsable de la Coopération :

PILOTAGE :

1 ^{er} membre de pilotage	2 ^{ème} membre de pilotage	3 ^{ème} membre de pilotage
NOM Prénom : Signature :	NOM Prénom : Signature :	NOM Prénom : Signature :

Avis & signature du Responsable du Département

DATE :

NOM :

AVIS : FAVORABLE , DEFAVORABLE

MOTIF :

Avis & signature du Directeur de l'UFR, de l'IUT

DATE :

NOM :

AVIS : FAVORABLE , DEFAVORABLE

MOTIF :

Signatures des autres directeurs d'UFR

UFR :

NOM Prénom :

Signature :

UFR :

NOM Prénom :

Signature :

UFR :

NOM Prénom :

Signature :