

MASTERS Niveau 2

*Autorisation de réinscription en Master 2 au titre de l'année universitaire 2016/2017*

A remplir par l'étudiant(e)

<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M.	Nom	Prénom	
1 <sup>ère</sup> année d'inscription en M 2 : 20		/20	Né(e) le	N° étudiant
Mention				

Spécialité ou aire géo-culturelle

Langue

A transmettre par l'étudiant(e) à son/sa Directeur(trice) de Recherche

**Avis du/de la Directeur(trice) de Recherche**

Je, soussigné(e)

Directeur/trice de Recherche,  accepte /  n'accepte pas (*razer la mention inutile*) de continuer de poursuivre l'encadrement de l'étudiant (e) désigné(e) ci-dessus pour une nouvelle année de recherche.

Date Signature

A transmettre par le/la Directeur/trice de Recherche à l'Equipe de Recherche

**Avis de l'Equipe de recherche**

Je, soussigné(e)

Directeur/trice du laboratoire ou de l'Equipe de Recherche,  atteste /  n'atteste pas (*razer la mention inutile*) que le laboratoire poursuivra l'encadrement de l'étudiant(e) désigné(e) ci-dessus pour une nouvelle année de recherche.

Date Signature

A transmettre par l'Equipe de Recherche *au Secrétariat pédagogique, Bureau 3.....*