



Université de Montpellier
UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques
15 avenue Charles Flahault
BP 14491
34093 Montpellier cedex 5

ERASMUS-STAGE
DOSSIER DE CANDIDATURE
(APPLICATION FORM)

Année universitaire/.....
ACADEMIC YEAR /

(photo)

UNIVERSITE D'ORIGINE (Home University)
Name and full address (Nom et adresse complète)

.....
.....

Study coordinator (Coordinateur pédagogique) **NOM:**
Tel : fax :
Courriel (email) :

UNIVERSITE MONTPELLIER /UFR PHARMACIE
Study coordinator (Coordinateur pédagogique) **NOM : Virginie RAGE ANDRIEU**
Tel : 04.11.75.94.03
Courriel (email) : virginie.rage-andrieu@umontpellier.fr

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS CONCERNANT L'ETUDIANT
(Personal information about the student)

NOM de famille : Prénom :
(Surname) (First name)

Date de naissance (Date of birth) : / /
Sexe : M / F Nationalité (Nationality) :

Adresse permanente (Home address):

Courriel (email) :@..... téléphone (mobile) :

Date d'arrivée : / / Date de départ : / / Nombre de mois :
(date of arrival : day month year date of departure : day month year Number of months)

Souhaitez-vous une chambre en cité universitaire (si disponibilités et sous conditions) Oui / Non
Application for a room in a hall of residence (subject to availability)

Adresse à Montpellier (address in Montpellier)
.....

Important to prepare your stay in France, useful Web Site:
<http://pharmacie.edu.umontpellier.fr/international/>

PROGRAMME DE STAGE

NOM DU LABORATOIRE :
(Laboratory Name)

NOM DU RESPONSABLE :
(Head of laboratory)

NOM DE L'ENCADRANT :
(Person responsible for the internship)

SUJET :
(Topic)

DATE : du / / au / /
from to

Financement obligatoire de l'étudiant au-delà de 2 mois de stage

AVERTISSEMENT :

1) COMPETENCES LINGUISTIQUES EN FRANÇAIS (FRENCH LANGUAGE SKILLS)
Fournir OBLIGATOIREMENT une attestation de connaissance du français – Niveau B1 – B2
Voir le site : <http://www.ciep.fr/tcf/index.php>

2) On arrival at the faculty in Montpellier, the student will have to register at the secretarial office.
She/He has to show her/his European Health Insurance Card.
She/He has to take out a civil liability insurance to cover her/his liability when invoked.

SENDING INSTITUTION

We confirm that the set curriculum has been APPROVED

Date..... Name of the study coordinator.....

Signature of the study coordinator

Stamp of the sending institution

UNIVERSITE DE MONTPELLIER – UFR DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

Nous confirmons que le programme de stage proposé est ACCEPTE

Date..... Nom du maître de stage

Signature du maître de stage

UNIVERSITE DE MONTPELLIER - UFR DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

Signature de l'enseignant responsable des Relations Internationales à l'UFR

Date.....

Signature

A envoyer par E-mail à: fleur.lorrain@umontpellier.fr
Université de Montpellier - UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques - 15, avenue Charles
Flahault – BP 14491 – F 34093 Montpellier cedex 5
☎ : + 33(0) 4 11 75 93 11 -ℹ: + 33 (0)4 11 75 93 34