

FORMULAIRE DE CANDIDATURE DE L'ETUDIANT(E) ENTRANT(E)
Etudiant d'échange (Erasmus ou accord bilatéral)
INCOMING STUDENT APPLICATION FORM
Exchange student (Erasmus or bilateral agreement)

Période d'études (Study period)

Année complète :
Full year

Semestre 1
Semester 1

Semestre 2
Semester 2

ANNEE UNIVERSITAIRE (ACADEMIC YEAR) : 2018/19

DOMAINE D'ETUDES (FIELD OF STUDY) :

ETABLISSEMENT D'ORIGINE (SENDING INSTITUTION)

Nom et adresse complète (Name and full address) :

Nom du Responsable de département/faculté :

(Name of the person in charge of international in the department/ faculty)

Tel : Fax : e-mail :

Nom du Directeur du Service des Affaires Internationales :

(Name of the head of the international office)

Tel : Fax : e-mail :

IDENTITE DE L'ETUDIANT(E) (à compléter par l'étudiant(e)-candidat(e))

(STUDENT'S PERSONAL DATA) (to be completed by the applying student)

Nom (Family name) : Prénom (First name(s)) :

Date de naissance (Date of birth) : / / Lieu de naissance (Place of birth) :

Sexe (Sex) : F M Nationalité (Nationality) :

Adresse actuelle (Current address) : Adresse permanente (si différente) (Permanent address (if different)) :

.....
.....

e-mail :

Tel : Fax : Tel : Fax :

Adresse actuelle valable jusqu'au (Current address is valid until) : / /

ETABLISSEMENT D'ACCUEIL (RECEIVING INSTITUTION)

Nom du Responsable de département/faculté : Anne DAUTEL, Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire

Tél : + 33 2 23 23 43 09 Fax : + 33 2 23 23 43 93 e-mail : anne.dautel@univ-rennes1.fr

Erasmus Assistant : Céline ALLAIRE

Tél : + 33 2 23 23 43 10 Fax : + 33 2 23 23 43 93 e-mail : celine.allaire@univ-rennes1.fr

www.odonto.univ-rennes1.fr

Nom et adresse (Name and full address) : **UNIVERSITE DE RENNES 1** (code Erasmus: F RENNES 01)

Direction des Affaires et Relations Internationales - 2 rue du Thabor- CS 46510- 35065 Rennes cedex-France

Tél : + 33 2 23 23 36 02 Fax : +33 2 99 38 22 92 dari-entrant@univ-rennes1.fr

www.univ-rennes1.fr/la-direction-des-affaires-et-relations-internationales

COMPETENCES LINGUISTIQUES (LANGUAGE COMPETENCE) :

Langue maternelle (Mother tongue) :

Connaissance de la langue française (Knowledge of the French language)

Oui Non

J'étudie actuellement cette langue (I am currently studying this language)

Oui Non

Je la connais suffisamment pour suivre les cours (I have a sufficient knowledge to follow lectures) :

Oui Non

Une préparation supplémentaire me donnera les connaissances suffisantes pour suivre les cours :

Oui Non

(I would have a sufficient knowledge to follow lectures if I had some extra preparation)

Possédez-vous des diplômes de langue française ?

Oui Non

lequel

(Do you have diplomas in French as a foreign language)

Avez-vous passé des tests de français ? (Have you taken French tests ?)

Oui Non

Si oui, lesquels (if yes, which one ?) : TEF

Note (score) : _____

TCF

Note

(score) : _____

Level: B1 B2 C1 C2

Niveau requis : B2. Merci de joindre l'attestation officielle du niveau B2 en français.

Required level : B2. Please enclose an official certificate of level B2 in French.

ETUDES ANTERIEURES ET ACTUELLES (PREVIOUS AND CURRENT STUDY)

Diplôme que vous allez préparer durant votre mobilité (Diploma/degree for which you will be studying during your mobility) :

.....

Nombre d'années d'études supérieures antérieures au départ à l'étranger :

.....

(Number of higher education study years prior to departure abroad)

Avez-vous déjà étudié à l'étranger ? (Have you studied abroad ?) Oui Non

Si oui - quand et dans quel établissement ? (If Yes, when ? at which institution ?)

.....

.....

.....

Merci de joindre vos relevés de notes des 2 dernières années universitaires.

Please enclose the transcript of records of the 2 last academic years.

DETAILS DU PROGRAMME D'ETUDES A L'ETRANGER/DU CONTRAT D'ETUDES ENVISAGE (DETAILS OF THE PROPOSED STUDY PROGRAMME ABROAD/LEARNING AGREEMENT)

Code du cours (UE) Course unit code (UE)	Titre du cours (comme indiqué dans le cursus détaillé) (Course unit title as indicated in the Rennes dental studies curriculum : https://odonto.univ-rennes1.fr/welcome-university-rennes-1)	Nombre de crédits ECTS (Number of ECTS credits) NB : 30 crédits per semester

Signature de l'étudiant(e) (Student's signature) : _____ Date : _____

ETABLISSEMENT D'ORIGINE (SENDING INSTITUTION)

Nous confirmons que ce projet de programme d'études/contrat d'études est approuvé. (We confirm that this proposed programme of study/learning agreement is approved)

Nom du Responsable de département/faculté :
 (Name of the person in charge of international in the department/ faculty)

Signature : _____ **Date :** _____

Si nécessaire, **nom du Responsable Institutionnel du programme d'échange** :
 (if necessary, name of the person in charge of the exchange programme)

Signature : _____ **Date :** _____

ETABLISSEMENT D'ACCUEIL (RECEIVING INSTITUTION)

Je confirme que l'étudiant (e) ci dessus est accepté (e) à titre provisoire dans notre établissement et que ce projet de programme d'études/contrat d'études est approuvé. (We confirm that the above mentioned student is provisionally accepted in our institution and the proposed project programme of study/learning is approved).

Nom du Responsable de la Faculté : Anne DAUTEL, Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire

Signature : _____ **Date :** _____

L'étudiant(e) ci-dessus n'est pas accepté(e) dans notre établissement. (The above mentioned student is not accepted at our institution)

Nom du Responsable de la Faculté :

Signature : _____ **Date :** _____

Merci de retourner ce document dûment complété et signé au Bureau des Relations Internationales de l'UFR d'Odontologie de l'Université de Rennes 1 (celine.allaire@univ-rennes1.fr).

Thank you for sending back this document to the International Relations Office of the Faculty of Dentistry of the University of Rennes 1 (celine.allaire@univ-rennes1.fr)