

Institut Sciences et Techniques de Réadaptation
Formation Ergothérapie

8 avenue Rockefeller
69373 LYON cedex 08
Secrétariat 00334 78 77 71 09

Année 2021-2022

Demande de mobilité MI

NOM :

Prénom :

Adresse :

N° étudiant :

N° de tel :

Mail :

Année d'études :

Diplôme préparé : **Ergothérapie**

Nom du responsable d'enseignement : B. DEVIN

Motif de la mobilité :

Année d'études

Stage obligatoire

Stage non obligatoire

Accord de principe

Convention

Etablissement et adresse :

Avis du responsable d'enseignement pour cette mobilité :

Nom et prénom : Bernard DEVIN

Signature et date

très favorable

favorable

défavorable

Avis du CMI de la composante pour cette mobilité :

Agnès BO CMI ISTR

Signature et date

très favorable

favorable

défavorable

Date de remise du dossier à la composante :