****

**CANDIDATURE MISSION D’ENSEIGNEMENT ERASMUS+ 2015/2016**

(Vous devez faire valider votre projet de mission par le directeur de votre composante de rattachement)

Avez-vous déjà bénéficié auparavant d’une mobilité enseignement Erasmus ? ❑Oui ❑Non

Etablissement : Année :

L’ENSEIGNANT

Nom et prénom :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Nationalité :

Ancienneté sur le poste occupé :

Département :

Adresse :

Téléphone : E-mail :

Sexe [M/F] :

Personne en situation de handicap ❑

L’ETABLISSEMENT D’ACCUEIL

(L’existence d’accord bilatéral Erasmus+ en cours de validité est obligatoire)

Nom de l’établissement :

Code Erasmus : Pays:

Département :

Adresse :

Personne de contact (nom, prénom, fonction):

E-mail :

#### **PROGRAMME DE MOBILITE PROPOSE**

Période de mobilité d’enseignement prévue : de *[jj/mm/aaaa]* à *[jj/mm/aaaa]*

Durée (en jours) (maximum 5 jours hors jours de voyage) :

Domaine d’enseignement :

Niveau :

□ Cycle court □ Master ou équivalent 2ème cycle

□ Licence ou équivalent 1er cycle □ Doctorat ou équivalent 3ème cycle

Nombre d’heures d’enseignement (minimum 8h) :

**□ Je confirme que les heures d’enseignement assurées dans l’établissement d’accueil sont prises sur le service de l’enseignant-chercheur concerné.**

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs de la mobilité :**--- |

|  |
| --- |
| **Valeur ajoutée de la mobilité (pour les établissements impliqués et l’enseignant) :****-**-- |

|  |
| --- |
| **Contenu du programme d’enseignement :**----- |

|  |
| --- |
| **Résultats attendus et impact (non limité au nombre d’étudiants concernés) :**--- |

Date :

Signature de l’individu :

|  |
| --- |
| **Avis du directeur de la composante de rattachement (UF, institut, école) sur la mobilité :**----Nom, prénom et fonction Date :Signature |
|  |
| Candidature retenue : ❒ oui ❒ nonMotif :Signature  Date :  |