

Institut supérieur privé des sciences paramédicales

AUTORISATION D'IMPRESSION D'UN PROJET DE FIN D'ETUDE

Licence appliquée en : _____

Sujet du PFE : _____

Etudiant(s) :

	1 ^e étudiant	2 ^e étudiant (le cas échéant)
Prénom		
Nom		
Matricule		
Classe		
Groupe		

Je/Nous, soussigné(s), encadrant(s) du PFE susmentionné, déclarons par la présente avoir pris connaissance de la version finale du projet et donné mon/notre accord pour son impression.

Date : _____

Encadrant(s) :

	1 ^e encadrant	2 ^e encadrant (le cas échéant)
Prénom		
Nom		
Institution de rattachement		
Téléphone		
Email		
Signature		