|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPOSANTE D'ENSEIGNEMENT :** | | | | | | | | | |
| Civilité :  Madame /  Monsieur | | | | | | | | | |
| Nom de naissance : | | | | | | | | | |
| Nom d'usage : | | | | | | | | | |
| Prénom(s) : | | | | | | | | | |
| Date de naissance : | | | | | | | | | |
| N° de sécurité sociale / Clé : | | | | | | | | | |
| Adresse mail : | | | | | | | | | |
| N° de téléphone : | | | | | | | | | |
| Intitulé de l'enseignement : | | | | | | | | | |
| Cycle d'enseignement :  Licence /  Master /  Doctorat | | | | | | | | | |
| **Vacations payées sur  Masse Salariale État  Ressources Propres ou Ressources Contractuelles** | | | | | | | | | |
| **Nombre d’heures effectuées** | | | **Période (S1/S2/A)** | **Date de début de l'intervention …/…/…** | **Date de fin de l'intervention …/…/…** | **Centre de coûts  (\*)** | **Élément OTP si convention (\*)** | **Domaine fonctionnel   (\*)** | **Code convention  (\*)** |
| **CM** | **TD** | **TP** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **(\*) Champs obligatoires pour un financement sur Ressources Propres ou Ressources Contractuelles** | | | | | | | | | |

**Je soussigné(e), certifie que la personne désignée ci-dessus a effectué les heures, objet du présent décompte, dans le respect des textes en vigueur et des règles statutaires.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Paris, le**  **Le Responsable de la formation**  **Cachet et Signature *(obligatoire)*** | **Paris, le**  **Le Directeur de l’UFR ou du service ou de la Formation Continue**  **Cachet et Signature *(obligatoire)*** |