|  |
| --- |
| **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 dedébut del'intervention…/…/…** | **Date defin del'intervention…/…/…** | **Centre de coûts(\*)** | **Élément OTPsi 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)*** |