|  |  |
| --- | --- |
| Master Life Sciences & Health Internship Submission Form |  |

M1 Averroes - UE Stage

**Année universitaire 20**

***Prénom NOM***

***Titre du stage***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Encadrant: *Prénom NOM*****Institut / Laboratoire / Équipe****Email :** **Tel :** Adresse | *Logo tutelle d’accueil* | *Logo Institut d’accueil* |