**Année universitaire 2025/2026**

**DOSSIER DE CANDIDATURE A UNE CESURE**

Annuelle Semestrielle

**Dossier à transmettre à votre service de scolarité :**

- Avant le 15 septembre 2025 pour une césure annuelle ou sur un semestre impair

- Avant le 15 janvier 2026 pour une césure semestrielle (sur un semestre pair)

**IDENTITE DE L’ETUDIANT.E**

Civilité : Madame Monsieur

Nom patronymique ………………………………………….

Nom d’usage ………………………………………………..

Prénoms …………………………………………………….

Numéro étudiant

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Adresse ……………………………………………………….………………………………………………………………………

Code postal ……………Ville……………………………….

Courriel ……………………………………………………...

**ETUDES UNIVERSITAIRES**

Niveau d’études en 2025/2026 : …………………………………………………………………………………………………....

Filière en 2025/2026 : ………………………………………………………………………………………………………………

Inscription durant l’année de césure (2025/2026) : …………………………………………………………………………………

**PROJET DE CESURE**

 Formation Lié à une formation UniCA Autre

**Dans le cas d’un projet lié à la formation UniCA** dans laquelle vous êtes inscrit.e, préciser le lien/la valeur ajoutée et les compétences visées.

**Dans tous les cas**, fournissez tous les documents qui vous semblent nécessaires à l’évaluation de votre candidature.

**DESCRIPTION DU PROJET**

Objectifs :………………………………………………………………………………………….……………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Activités :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Statut (activité salariée, bénévole, service civique) : ………………………………………………………………………………………………………………………………....................

**DUREE DU PROJET**

Date de début et date de fin :

Du ………………………………….. (jj/mm/aaaa) au…………………………....(jj/mm/aaaa)

**ORGANISME D’ACCUEIL (le cas échéant)**

Nom ou dénominations sociale………………………………………………………………………………………………………..

Adresse………………………………………………………………………………………………………………………………..

Code postal ……………………………….Ville ……………………………………………………………………………………

Courriel ………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone ……………………………………………………………………………………………………………………………

Statut (activité salariée, bénévole, service civique) : ………………………………………………………………………………....

Je, soussigné.e, certifie sur l’honneur que tous les renseignements portés dans ce dossier sont exacts.

 Date Signature de l’intéressé.e

|  |
| --- |
| **DECISION DE L’ETABLISSEMENT** |

|  |  |
| --- | --- |
| * Césure accordée
* Césure refusée

Motifs en cas de refus  | SIGNATURE DU RESPONSABLE DE LA FORMATION |

**IMPORTANT**

Tout dossier incomplet ne sera pas traité

Tout dossier transmis après la date limite ne sera pas accepté

Aucun complément au dossier transmis ultérieurement ne sera pris en compte