

**Maitrise universitaire en systèmes d'information
Master of science in information systems**

Demande d'Agrément de Mémoire Académique

■ **COORDONNEES DE L'ETUDIANT/E**

Immatriculé à: UniNE UNIL, année académique 20____, semestre automne printemps

Nom, Prénom: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____ E-mail: _____

N° d'étudiant/e: _____

■ **DESCRIPTION DU MEMOIRE**

Thème du mémoire:

Supervision par le Professeur:

Nom, Prénom: _____

Téléphone: _____ E-mail: _____

Commentaires du Professeur

Durée du mémoire : _____ **Période du mémoire :** _____

■ **SIGNATURES**

Date : _____ **Signature du Professeur** _____

Date : _____ **Signature de l'étudiant/e** _____

La personne responsable de la coordination des mémoires de Master certifie que l'étudiant/e remplit les conditions d'obtention des crédits ECTS requis pour présenter cette demande d'agrément de mémoire académique.

L'étudiant/e a obtenu _____ **crédits ECTS** sur _____

Date : _____ **Signature responsable** _____

Visa institution