

## PROCEDURE D'INSCRIPTION A UNE MOBILITE ENTRANTE DANS LE CADRE DU PROJET ERASMUS+



NOM DE L'ETUDIANT :

PRENOM :

PROMOTION :

FILIERE :

DATE DE STAGE SOUHAITEE :

1. L'étudiant décide d'intégrer dans son parcours de formation un stage aux Instituts de formation de Centre Hospitalier de LAVAL.
2. Après accord du référent pédagogique, l'étudiant va constituer son dossier de candidature :
  - Dossier administratif
  - Argumentaire en 20 lignes maxi
  - Lettre de motivation pour le lieu de stage
  - CV

## DOSSIER ADMINISTRATIF - PROJET DE MOBILITE ENTRANTE – STAGE

À compléter et renvoyer signée à : Mme Delphine LEMOINE, Instituts de formation du CH LAVAL,

CEDEX FRANCE, ☎ : + 33.243.679.587, courriel: [delphine.lemoinemanceau@chlaval.fr](mailto:delphine.lemoinemanceau@chlaval.fr) , accompagnée de **votre dossier**.

Institut	<input type="radio"/> IFMK CH LAVAL	<input type="radio"/> IFE CH LAVAL
Adresse / Address	65 Rue du Chef de bataillon Henri Guéret, 53000 Laval	
Pays / Country	France	
Code postal / Zip code	53000	
Nom du coordonnateur Erasmus / <i>Name of Erasmus coordinator</i>	Delphine LEMOINE	
Téléphone/Phone	+ 33.243.679.587	
Courriel / Email	<a href="mailto:mobilite.internationale@chlaval.fr">mobilite.internationale@chlaval.fr</a>	
Site / Website	<a href="https://www.chlaval.fr/">https://www.chlaval.fr/</a>	

### Identité de l'étudiant / Student information :

Nom / Last Name	
Prénom / First Name	
Date de naissance / Birthdate	
Sexe / Gender	
Nationalité / Nationality	
Adresse actuelle / Current address	
Ville / City	
Code postal / Zip code	
Pays / Country	
Téléphone/Phone	
Courriel / Email	

### Contact dans le pays d'origine / Contact in your home country:

Nom / Last Name	
Prénom / First Name	
Adresse actuelle / Current address	
Ville / City	
Code postal / Zip code	
Pays / Country	
Téléphone/Phone	
Courriel / Email	

**Diplôme préparé / Diploma prepared** et année d'étude au moment du stage/ year of study at the time of the internship

Formation en ergothérapie		Formation en kinésithérapie	
1 <sup>ère</sup> année		1 <sup>ère</sup> année	
2 <sup>ème</sup> année		2 <sup>ème</sup> année	
3 <sup>ème</sup> année		3 <sup>ème</sup> année	
		4 <sup>ème</sup> année	

**Veuillez indiquer 3 destinations classées par ordre de préférence (1, 2 et 3)**

*Please indicate 3 destinations in order of preference*

**Disciplines de stage souhaitées dans l'ordre (si possible)<sup>1</sup>** / *Desired internship Disciplines in order (if possible)* :

**(champs cliniques pour les Kinés et domaines pour les ergo)**

Choix 1 / Choice 1	
Choix 2 / Choice 2	

**Niveau en langue étrangère (préciser la langue)** / Foreign language level (specify language):  
Cadre Européen des langues/European level referential :

**Allemand** : A1☐ A2☐ B1☐ B2☐ C1☐ C2☐ NA<sup>2</sup>☐ Langue maternelle / native language ☐

**Anglais** : A1☐ A2☐ B1☐ B2☐ C1☐ C2☐ NA☐ Langue maternelle / native language ☐

**Espagnol** : A1☐ A2☐ B1☐ B2☐ C1☐ C2☐ NA☐ Langue maternelle / native language ☐

**Italien** : A1☐ A2☐ B1☐ B2☐ C1☐ C2☐ NA☐ Langue maternelle / native language ☐

**Grec** : A1☐ A2☐ B1☐ B2☐ C1☐ C2☐ NA☐ Langue maternelle / native language ☐

**Portugais** : A1☐ A2☐ B1☐ B2☐ C1☐ C2☐ NA☐ Langue maternelle / native language ☐

**Autre** : A1☐ A2☐ B1☐ B2☐ C1☐ C2☐ NA☐ Langue maternelle / native language ☐

(A préciser : .....)

Date et signature de l'étudiant/Date and student signature :

Date, signature du référent de suivi pédagogique/Date, signature of the referent teacher:

---

<sup>1</sup> Préciser au moins 3 disciplines de stage si nécessaire / *Specify at least three disciplines of internship if necessary*

<sup>2</sup> NA : non applicable, vous ne parlez et/ou ne lisez pas cette langue

## 2. Argumentaire

Veuillez rédiger dans cet encadré votre argumentaire

### 3. Lettre de motivation en français

#### 4. CV en français

## 5. Engagement à suivre des cours de français sur la plateforme OLS

Je soussigné, Mme. M. ...., étudiant en .....année  
d'....., certifie m'engager à suivre les cours de langue sur la plateforme OLS  
jusqu'à mon départ en stage ERASMUS.

Fait à LAVAL, le        /        /        .

Date et signature de l'étudiant/Date and student signature :

Date, signature du référent de suivi  
pédagogique/Date, signature of the referent  
teacher:

## 6. Décision institutionnelle de la recevabilité de la demande de mobilité enttante

## Appréciation générale

--

Date, signature du Directeur des Instituts de formation du centre Hospitalier de LAVAL/Date, signature of the Erasmus coordinator:

Date, signature du référent Erasmus/Date,  
signature of the Erasmus coordinator: