République Tunisienne
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université de Sfax
Institut Supérieur de Biotechnologie de Sfax

Année Universitaire : ……/……

Demande de prolongation de stage PFE*

Mastère O Licence O

L'organisme d'accueil :

Nom de l'Organisme d'accueil : ……...

Adresse du lieu d'accueil :……

Mail: …… Tel: ……..…… Fax :……..……..

Concernant l'étudiant et la durée de stage :

Nom: …….. Prénom: ……..

Filière : …….. Option : ……..……

N° Inscription :……. N° CIN/N° Passeport : ……....

N° téléphone : ……Mail : ……..……....……

Date de début de prolongation : ……..…… Date prévue de fin de stage : ……..……..……

Sujet de stage : ……..……..…

……..……..……..

Encadrant à l'Entreprise :…….....Encadrant à l'ISBS:.....

Motif de prolongation:.....

.....

*NB: La prolongation est prévue pour une durée maximale de 3 mois pour les Licences et de 6 mois pour les Mastères.

A ....., le …….. *Le stagiaire*	A …….., le ……. *L'établissement d'accueil* *(signature et cachet)*	A Sfax, le ……..… *L'encadrant de stage à l'ISBS*