



RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION

**ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR TECHNIQUE PRIVE OU CONSULAIRE
Année universitaire 2017/2018**

**Annexe A
Situation administrative de l'établissement**

Nom :

Adresse :

Téléphone :site Internet :

Télécopie :mail :

Date d'ouverture légale:.....statut (consulaire, association, SARL...) :

Reconnu par l'Etat oui non

Habilité à recevoir des boursiers oui non

Habilité à délivrer un diplôme visé ou un titre d'ingénieur diplômé oui non

Inscription au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) oui non
intitulé de la certification ou du titre :

Date de la dernière visite
de la commission de sécurité :capacité d'accueil des locaux :

Formations dispensées

Intitulé de la formation	Durée	Nombre d'étudiants*	Intitulé du certificat délivré

* : merci de détailler le nombre d'étudiants inscrits par année de formation initiale



5

5. Enseignant démissionnaire

Nom – prénom	Disciplines enseignées	Susceptible d'intervenir à nouveau	
		oui	non
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date :

Cachet et signature du chef d'établissement