



Rabat le :

Exécution de vacances

Enseignement assuré : (A préciser)

Nom et Prénom du vacataire : **Tel :**

CIN : **N° SOM :**

Dernier Diplôme obtenu* :

Fonction et Grade :

Filière (s) d'affectation : **Groupe.....**

Semestre : **Module.....** **Elément.....**

*Si le diplôme étranger : fournir attestation d'équivalence délivrée par le Ministère de tutelle.

Nombre d'heures effectuées							Total	Jours
	Semaine 1	Semaine2	Semaine3	Semaine4	Semaine5			
Septembre								
Octobre								
Novembre								
Décembre								
Janvier								
Février								
Mars								
Avril								
Mai								
Juin								
juillet								

Total des heures effectuées pendant la session d'automne ou de printemps	
---	--

Signature du responsable de module

Signature du responsable de La Filière

Signature du chef de Département

**Signature du Vice Doyen chargé des affaires
 Académiques et pédagogiques**
