|  |  |
| --- | --- |
| Responsable du stage: |   |
| Laboratoire: |  |
| Téléphone: |  |
| Fax: |  |
| e-mail: |  |
| Durée(s) proposée(s)du stage \* : |
| Sujet du stage: |  |

**But du stage :**

**Compétences requises :**

\* au-delà de 40 jours, le stage devra être rémunéré