

.....  
(prénom et nom)  
.....  
(année et parcours d'études)  
.....  
(forme et cycle d'études)  
.....  
(adresse e-mail)  
.....  
(numéro de téléphone)  
.....  
(numéro de la carte d'étudiant)

.....  
(lieu, date)

Madame/ Monsieur .....

Directeur/Directrice/ Vice-Directeur/Vice-Directrice  
de l'Institut .....  
de l'Université Pédagogique  
de Cracovie

**DEMANDE DE TRANSFERT VERS LE RÉGIME DES ÉTUDES À TEMPS PLEIN/ À TEMPS PARTIEL**

Je vous demande de bien vouloir me transférer vers le régime des études à temps plein/ à temps partiel ..... dans le domaine de..... du 1er cycle/1le cycle/cycle long de maîtrise et de m'inscrire au semestre ..... pour l'année académique.....

Je suis actuellement étudiant/e du.....semestre .....

.....

.....

**En même temps, je vous demande de déterminer les différences du programme et de fixer les frais pour le semestre (en cas d'études à temps partiel).**

Espérant avoir une réponse favorable, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur/ Madame la Directrice, mes salutations respectueuses.

.....  
(signature de l'étudiant)

**Décision du Directeur/Directrice/ Vice-Directeur/Vice-Directrice de l'Institut concernant le transfert vers le régime des études à temps plein/à temps partiel:**

- Je suis d'accord
- Je ne suis pas d'accord parce que .....
- Je vous invite à un entretien pendant mes heures de permanence pour discuter de ce sujet.

Date: ..... Signature: .....

Remarques: .....