



Akademisches Jahr 20 _____ / _____

- Herbstsemester
- incoming
- ERASMUS
- Frühlingssemester
- outgoing
- Bilateral
- ausserhalb einer Kooperation (Freemover)

Studiengang: _____

Name des Studierenden: _____

Heiminstitution: _____

Land: _____

Gewünschtes Studienprogramm

Gastinstitution: _____

Land: _____

Kurs Code (falls vorhanden)	Kurs Titel	Anzahl ECTS Punkte
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(falls nötig bitte auf einem separaten Blatt weiterfahren)

Studierenden Unterschrift: _____

Datum: _____



Wir bestätigen das vorgeschlagene Studienprogramm geprüft und bewilligt zu haben:

Heiminstitution

Unterschrift Studienleiter/in:

Unterschrift Koordinator/in Studierendenaustausch:

Datum: _____

Datum: _____

Gastinstitution

Unterschrift Studienleiter/in:

Unterschrift Koordinator/in Studierendenaustausch:

Datum: _____

Datum: _____



Name Studierende/r: _____

Heiminstitution: _____

Land: _____

Änderungen zum vorgeschlagenen Studienprogramm (nur ausfüllen wenn nötig)

Kurs Code (falls vorhanden)	Kurs Titel	Gelöschter Kurs	Neuer Kurs	Anzahl ECTS Punkte
_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____

(falls nötig bitte auf einem separaten Blatt weiterfahren)

Unterschrift Studierende/r: _____ Datum: _____

Wir bestätigen die oben aufgeführten Änderungen zum ursprünglichen Learning Agreement geprüft und bewilligt zu haben.

Heiminstitution

Unterschrift Studienleiter/in:

Unterschrift Koordinator/in
Studierendenaustausch:

Datum: _____

Datum: _____

Gastinstitution

Unterschrift Studienleiter/in:

Unterschrift Koordinator/in
Studierendenaustausch:

Datum: _____

Datum: _____