

ACCES AUX ETUDIANTS HORS UE AUX FORMATIONS DE SANTE

« Formulaire de demande de dispenses d'année d'études en médecine »

ETAT CIVIL :

Nom :

Prénom :

Téléphone (français uniquement) :

Adresse mail :

CAS n°1 : Vous êtes titulaire d'un diplôme de médecine (merci de préciser la spécialité) :

.....

Année d'obtention :

Etablissement :

OU

CAS n°2 : Vous êtes en cours d'études de médecine :

Année d'études en cours ou dernière année validée :

Etablissement :

Vous demandez une inscription en :

2^e année (L2)

3^e année (L3)

4^e année (DFASM1)

5^e année (DFASM2)

La validation de votre année d'inscription sera prononcée par le doyen de la faculté de médecine de Tours après examen de votre dossier en septembre 2024.

Fait à : Le :

Signature du candidat

AVIS DU DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE DE TOURS	
<input type="checkbox"/> FAVORABLE	<input type="checkbox"/> DEFAVORABLE*
Date, signature et cachet :	<input type="text"/>
*Précisez le motif :	<input type="text"/>