

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 2027.

Fait à : Le :

Signature du candidat

AVIS DU DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE DE TOURS☐ FAVORABLE☐ DEFAVORABLE*

Date, signature et cachet :

*Précisez le motif :