

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

→ La décision est prise par le Président de l'université de Tours après avis du Doyen. Cette décision vous sera notifiée par mail courant juin 2025.

FORMULAIRE DE TRANSFERT ENTRANT

**Etudiant.e inscrit.e dans une faculté de médecine
d'un pays en zone Union Européenne**

Nom de naissance :

Prénom :

Faculté actuelle d'inscription :

ETUDES UNIVERSITAIRES à compter de la 1^{ère} année en médecine :

Année universitaire (ex : 2021-2022)	Pays université	Année d'études (ex : 2 ^{ème} année)	Résultats

Motif du transfert :

Cadre réservé à la scolarité de la faculté de médecine de Tours :

Dossier reçu le ____ / ____ / 20 ____

Complet : ☐ oui ☐ non

Avis du Doyen : ☐ favorable ☐ défavorable le ____ / ____ / 20 ____

Décision du Président : ☐ favorable ☐ défavorable le ____ / ____ / 20 ____