

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 de médecine en France ou zone UE :

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 ___