

ATTENTION : MODIFICATION DU CALENDRIER POUR LES DOSSIERS 1 et 2

Dans le but de pouvoir gagner du temps de traitement des dossiers N°2 et de pouvoir notifier aux candidats les résultats des affectations avant l'été, le calendrier ci-dessous est mis en œuvre pour 2025-2026. Nous serons intransigeants sur son non-respect et annulerons les dossiers en conséquence

MISE EN GARDE : POUR POSTULER AU DFMS VOUS DEVEZ AVOIR ACCOMPLI UN MINIMUM DE 2 ANNEES DE SPECIALISATION AU 15 JANVIER 2025.

A / DEUX DATES A RESPECTER POUR LES DOSSIERS N°1 DE DFMS/A

TOUS les candidats postulant au DFMS ou au DFMSA pour l'année 2025-2026 devront procéder de la manière suivante pour leur dossier N°1 **en respectant les deux phases** :

1-1ère PHASE : JUSQU'AU 13 DECEMBRE 2024 : envoi obligatoire pour STRASBOURG

Pour cette date vous devrez obligatoirement nous envoyer (en un seul fichier si possible):

- Uniquement par messagerie électronique à : med-dossier1-2025-2026@unistra.fr
- Uniquement les copies des pages 1 et 2 de **la Fiche d'identité (sans autres documents)**
- L'**Annexe 2E** complétée et signée « sur l'honneur »

b) En l'absence de cet envoi, votre dossier N°1 **SERA DEFINITIVEMENT REFUSE**, quand bien même vous aurez déposé le dossier complet pour le 15 janvier 2025 (cf. A-2).

Aucun accusé de réception ne pourra vous être renvoyé. Il vous revient de prévoir un contrôle automatique de lecture de votre envoi.

c) Dans tous vos messages, veuillez mentionner l'**objet** de votre mél comme suit :

Objet : Dossier N°1 de Mme/M. suivi de vos NOM et prénom en toutes lettres.

Veuillez écrire en lettres majuscules (et non liées) les coordonnées de votre courriel.

d) IMPORTANT : Ne faire **qu'un seul envoi** de ce dossier allégé. Inutile de nous l'envoyer en plusieurs fois, car cela nous fait perdre du temps. Si vous ***deviez corriger le 1^{er} envoi*** ou le compléter, veuillez nous ***adresser que la page modifiée, à l'encre rouge, en précisant en objet : « Envois complémentaire de Mme/M.***)

2 – 2ème PHASE : IMPERATIVEMENT POUR LE 15 JANVIER 2025 (cachet de la poste)**2.1 – pour les candidats résidant HORS de France**

Dépôt - ou envoi - du dossier N°1, **au complet** (avec à nouveau les pages 1 et 2 de la Fiche d'identité), auprès des autorités françaises en poste dans votre pays de résidence (souvent il s'agit de Campus France ou de l'Institut de Français)

Pour éviter les retards et le cas échéant les pertes de courrier, nous vous recommandons vivement **d'éviter l'envoi du dossier N°1 par la poste** et donc de privilégier au maximum le dépôt du dossier auprès du service français concerné. En effet en cas de perte, nous ne pourrons plus prendre en considération votre candidature. **Aucun envoi par messagerie ou par courrier postal destiné à Strasbourg ne sera accepté.**

2.2 – uniquement pour les candidats résidant en France en 2024-2025

Envoi du dossier N°1, **au complet (avec à nouveau les pages 1 et 2 de la Fiche d'identité) + justificatif** de votre résidence (nom, prénom et adresse postale) à :

Faculté de Médecine / Bureau des DFMS-DFMSA / 4 rue Kirschleger / 67085 STRASBOURG

En l'absence de ce justificatif, votre dossier sera définitivement rejeté.

B / DEUX NOUVELLES DATES A RESPECTER POUR LES ENVOIS DU DOSSIER N°2

Sans attendre notre décision d'acceptation ou de refus du dossier N°1, vous devez déjà préparer les dossiers N°2 comme suit.

1 – A LA MI-FEVRIER 2025

Vous devrez télécharger le dossier N°2 sur le site de la faculté de médecine de Strasbourg.

Vous disposerez notamment des tableaux avec les ouvertures des postes d'accueil du contingent national pour la rentrée 2025-2026, ainsi que les modalités de transmission ou de saisie du dossier N°2 propres à chacune des facultés.

2– 1^{er} ENVOI : JUSQU'AU VENDREDI 28 FEVRIER 2025 : envoi obligatoire pour STRASBOURG

Uniquement par messagerie électronique à : med-dossier2-2025-2026@unistra.fr

- Nouvelle Fiche d'Identité du dossier 2 avec la liste de toutes les facultés auxquelles vous adresserez votre dossier N°2 au complet, **classées** selon votre ordre de priorité (de 1 à N) uniquement **pour les seules facultés** ayant ouvert des postes dans votre spécialité.
- Copie de l'attestation de connaissance du français (niveau B2 exigé du TCF, TEF ou DELF) ou de l'Annexe 2E ou, si vous ne disposez pas encore du résultat, joindre l'Annexe 2G.
- Copie de l'Annexe 2F identifiant le service hospitalier dans lequel vous exercez en février 2025.

En l'absence de cet envoi, vos candidatures aux dossiers 2 seront définitivement refusées.

3 – 2^{ème} ENVOI : JUSQU'AU DIMANCHE 16 MARS 2025 à 23h59 françaises

Vous devrez adresser UN dossier N°2 complet à CHACUNE des facultés postulées (y compris si vous postulez pour la subdivision Strasbourg) en respectant les modalités de l'Annexe 3 qui vous indiquera la démarche à suivre pour effectuer cet envoi.

Si vous disposez d'un poste ouvert au titre de la **coopération** : vous devrez envoyer à Strasbourg la copie de l'Annexe 1B dès que vous l'obtiendrez et **AVANT LE 15 JUIN 2025**. Nous retirerons alors les dossiers qui avaient été déposés auprès des autres facultés.

C / LA DATE DU « 15 AVRIL »

Cette « ancienne » échéance pour le dossier N°2 est désormais supprimée pour 2025-2026, et remplacée par celle du 16 mars 2025 (cf. ci-dessus).

(En majuscules)

Année universitaire 2025-2026

Fiche d'identité / Pages 1 et 2

NOM _____

PRÉNOM _____

EPOUSE DE _____

DOSSIER 1

DATE LIMITE

15 janvier 2025

DOSSIER DE CANDIDATURE DES MÉDECINS ET PHARMACIENS ÉTRANGERS
AUTRES QUE LES RESSORTISSANTS DES ETATS MEMBRES DE L'UNION
EUROPÉENNE, D'UN ETAT PARTIE À L'ACCORD SUR
L'ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN, DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE
OU DE LA PRINCIPAUTÉ D'ANDORRE EN VUE D'UN DFMS/DFMSA

réservé au SCAC

N° _____

(A reporter en haut p.2)

Année de spécialisation en 2025-2026 : 1^{ère} 2^e 3^e 4^e 5^e

DFMS (Annexe 1I) :CODE :

DFMSA (Annexe 1I) :CODE :

Les titulaires d'un diplôme interuniversitaire de spécialisation (D.I.S.), d'un diplôme interuniversitaire de spécialisation complémentaire (D.I.S.C.), les titulaires ou les inscrits à une attestation de formation spécialisée approfondie (A.F.S.A.) ne peuvent s'inscrire aux diplômes de formation médicale spécialisée (D.F.M.S.) ou de formation médicale spécialisée approfondie (D.F.M.S.A.).
Les titulaires (ou inscrits) à une attestation de formation spécialisée (A.F.S.) ne peuvent postuler un D.F.M.S.

■ **Date d'obtention** le _____ à _____ du doctorat en médecine en pharmacie

■ **Type d'inscription** : procédure générale dans le cadre d'un accord de coopération(1)
(contingent national) (joindre l'Annexe 1B signée par les responsables français)

VISA D'ENTREE : où le demanderez-vous ? Pays : _____ Ville : _____

S.C.A.C. : _____ Pays _____

Mél du SCAC : _____@_____

Diplôme postulé		Coopération	
<input type="checkbox"/> Médecine	<input type="checkbox"/> DFMS [MS] [] [] [] [] [] N	<input type="checkbox"/> DFMSA [MA] [] [] [] [] [] N	[9]
<input type="checkbox"/> Pharmacie	<input type="checkbox"/> DFMS [PS] [] [] [] [] [] N	<input type="checkbox"/> DFMSA [PA] [] [] [] [] [] N	NON*

Au titre de la coopération avec l'université de _____ 9 (*)

■ **1 - ETAT CIVIL** Homme Femme (en lettres majuscules)

1.1. NOM DE NAISSANCE : _____

Prénoms _____

Pour les femmes mariées (Eponse de) _____

Nom usuel (le cas échéant) _____

Née le : [] [] jour [] [] mois [] [] [] [] année à _____ Pays _____

1.2. Nationalité actuelle : _____ Code : [] [] [] (cf. Annexe 1J)

Avez-vous une double nationalité ? NON / OUI : _____ ET _____

▶ (joindre la photocopie de la(des) pièce(s) d'identité ou du(des) passeport(s) traduite en français) : cf. Annexe 1F

Bénéficiez-vous du statut de réfugié (ou assimilé) en France ? NON / OUI / 0 En cours

▶ (joindre la photocopie du document officiel) Date d'entrée en France : _____

1.3 Faculté : _____ Ville _____ Pays _____

1.4. Adresse permanente et complète _____

Ville : _____ Province/Région : _____

Pays : _____

Téléphone/indicatif pays (depuis France) : [0] [0] [] [] [] N° d'appel : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Mél : _____@_____

à écrire lisiblement en lettres MAJUSCULES, avec point (.) et tiret haut (-) ou tiret bas ()

(1) En présentant la photocopie de l'Annexe1B signée par les autorités françaises, le candidat ne pourra postuler, en cas d'admissibilité, que les postes ouverts à la coopération. Il ne pourra en aucun cas prétendre à un poste ouvert au titre de la procédure générale.

NOM _____ PRÉNOM _____

N°

--	--	--	--	--	--

■ 2 - DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE OU EN PHARMACIE OBTENU AVANT LE 15 JANVIER 2025

Au 15 janvier 2025, je suis titulaire du :

doctorat en **médecine** ? doctorat **en pharmacie** ?

OUI (joindre copie du diplôme) / obtenu le _____ à _____

NON => votre candidature est **irrecevable** pour 2025-2026

■ 3 - POUR LES CANDIDATS A UN **DFMS** : ETUDES DE SPECIALITE EN COURS (en 2024-2025)

3.1. J'ai commencé la spécialité (intitulé complet) _____
depuis le _____ à (ville) _____ Pays (_____)

3.2. Cette spécialité exige l'accomplissement de _____ semestres (ou _____ mois) hospitaliers : **Annexe 1D**

3.3. Au 15 janvier 2025 j'aurai validé _____ mois de formation spécialisée

3.4. Je terminerai donc mes obligations de semestres hospitaliers le _____

3.5. Aussi au **1er novembre 2025**, il me restera à faire _____ semestres (ou _____ mois) hospitaliers
(joindre attestation de la faculté selon modèle **Annexe 1D-DFMS**). Si moins de 12 mois : REFUS

3.6. Si vous êtes admis(e) et affecté(e) au DFMS, vous devrez faire signer une convention de formation par les autorités de votre établissement d'origine ou de votre pays. Il vous appartient donc de vous assurer de l'**accord de ces autorités**, préalablement au dépôt de votre dossier N°1.

Avez-vous obtenu l'accord de vos autorités ? OUI NON EN COURS

3.7. Je souhaite postuler en France en **2025-2026** :

au **D.F.M.S.** (titre complet) _____ (cf. Annexe 1I)

correspondant à ma spécialisation en cours (cf. 3.1) (**vous ne pouvez pas changer de spécialité**).

■ 4 - POUR LES CANDIDATS A UN **DFMSA** : DIPLOME OU TITRE DE MEDECIN OU DE PHARMACIEN SPECIALISTE OBTENU **AVANT** LE 15 JANVIER 2025

4.1. **Au 15 janvier 2025**, je suis **titulaire** du diplôme de spécialité ou du titre de spécialiste suivant :
intitulé du diplôme : _____

dans la discipline/spécialité : _____

obtenu le _____ à (ville) _____ Pays (_____)

4.2. Ce diplôme/ce titre permet-il l'**exercice** de la profession de médecin ou de pharmacien **spécialiste** dans le pays d'origine du candidat ou dans le pays d'obtention du diplôme ?

OUI NON

⇒ Si vous ne possédez pas le diplôme de spécialité et même si vous avez terminé au 15 janvier 2025 vos semestres hospitaliers de spécialisation (cf. 3.3), votre candidature est irrecevable pour le DFMSA pour 2025-2026. *Il en sera de même si vous terminez la spécialité au-delà du 15.01.2025*

4.3. Je souhaite postuler en France en **2025-2026** :

au **D.F.M.S.A** (titre complet) _____ (cf. annexe 1I)

■ 5 - SEJOUR D'ETUDES EN FRANCE (déjà effectué avant octobre 2024 ou en cours en 2024-2025)

Complétez obligatoirement l'**Attestation sur l'honneur** ci-jointe : **ANNEXE 1C**

■ 6 - CONNAISSANCE DU FRANÇAIS

. Êtes-vous déjà titulaire d'un diplôme/attestation de connaissance du **français-niveau B2** ?

OUI / NON Lequel ? _____ (joindre la copie)

. Vos études de médecine/de pharmacie sont-elles **totale**ment enseignées en français ?

OUI / NON [complétez vous même l'**Annexe 2E** (SANS la signature du doyen de la Faculté)]

. Si NON aux 2 questions précédentes, vous devrez impérativement obtenir cette attestation B2 **avant le 15 avril 2025**. Avez-vous une date d'épreuve de français avant le 15 avril 2025 ?

OUI la quelle ? / NON / 0 Non encore connue

■ 7 - OBLIGATIONS VACCINALES

Êtes-vous en règle avec les obligations vaccinales et la lutte contre la covid-19 (cf. Annexe 1L) ?

OUI / NON (à régulariser d'urgence, pour être en règle pour le 1^{er} novembre 2025)

■ 8 - RESPECT DE LA LAÏCITE ET DE LA NEUTRALITE DANS LES SERVICES HOSPITALIERS

Avez-vous lu et pris connaissance de l'**Annexe 1M** ? OUI / NON

Vous engagez-vous à la respecter à l'intérieur de l'hôpital ? OUI / NON

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des **renseignements cochés ou complétés** sur ce formulaire d'inscription et suis conscient(e) que tout renseignement inexact ainsi que toute information omise constituent une tentative de fraude qui provoquera l'annulation immédiate de cette inscription et cela sans préjuger des poursuites disciplinaires ou pénales qui pourraient être engagées par les autorités françaises compétences à mon encontre.

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" art 39, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche - Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle - Mission des formations de santé / DGESIP A-MFS - 1 rue Descartes - 75231 Paris Cedex 05

Fait à _____ le _____

Signature originale précédée de la **mention manuscrite** "Lu et approuvé"

D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER DE CANDIDATURE
(constituez UN SEUL dossier complet)

Vous devrez obligatoirement joindre tous les documents suivants dans votre dossier de candidature (article 6 de l'arrêté du 3 août 2010 modifié).
Tous les documents (y compris les photocopies) doivent être au **format A4** (21x29,7 cm)

Nota 1 : **Ne JOINDRE AUCUN DOCUMENT ORIGINAL** (à garder pour l'inscription définitive en septembre 2025)

Nota 2 : Les candidats apatrides, réfugiés politiques ou bénéficiaires de la protection subsidiaire justifiant de leur statut en France, se reporteront au point D

Nota 3 : Laissez vos **documents libres** : pas d'agrafe, pas de trombone, pas d'attache pour papier et pas de ruban adhésif (type "scotch")

Nota 4 : A défaut de pouvoir faire attester la "**copie conforme**" par un organisme officiel, vous pourrez établir "**la conformité sur l'honneur**" par vous-même que vous signerez

A) Documents à joindre par TOUS les candidats

1 pochette plastique transparente dans laquelle vous insérerez dans l'ordre suivant de présentation :

- **1 coupon réponse international** en cours de validité pour la **période 2022-2026 (à vérifier)**, à acheter dans les bureaux de poste **en France ou à l'étranger** ; si vous ne pouvez vous en procurer parce qu'il n'est pas en vente - ce qui est le cas de certains pays - vous n'aurez pas à le joindre à votre envoi
 - **puis les pages 1 et 2 du dossier N°1** dûment remplies et signées
 - **puis** les documents selon le cas, précisés **aux points 1 à 23** ci-dessous.
- 1 ■ photocopie lisible de la(des) pièce(s) d'identité (carte d'identité nationale ou passeport en cours de validité).
 - 2 ■ certificat de nationalité ou tout document officiel attestant la nationalité, l'un ou l'autre datant de moins de 6 mois au 15 janvier 2024 (traduction en français le cas échéant). Si **double nationalité**, veuillez joindre la photocopie des **deux** passeports / pièces d'identité.
 - 2A ■ attestation sur l'honneur de nationalité selon le modèle de l'**Annexe 1F**
 - 3A ■ attestation sur l'honneur d'inscription établie de façon manuscrite selon le modèle de l'**Annexe 1C**
 - 3B ■ attestation sur l'honneur de scolarité ou d'activité en 2023-2024 **et** 2024-2025 : **Annexe 1G**
 - 4 ■ photocopie certifiée (conforme) à l'original du relevé détaillé du cursus de formation spécialisée effectué à ce jour, établi par l'organisme compétent du pays où cette formation a été accomplie, selon le modèle de l'**Annexe 1D** (DFMS ou DFMSA) ou toute autre attestation officielle reprenant le texte sur en-tête de la Faculté
 - 5 ■ photocopie certifiée (conforme) à l'original de la traduction en français du document 4
 - 6A ■ **lettre personnelle de motivation** adressée à "Monsieur le Coordinateur", rédigée à la main et de façon lisible sur papier libre faisant apparaître votre projet professionnel, vos objectifs en terme de formation ou de complément de formation ainsi que l'acquisition d'éventuelles techniques et l'intérêt de la formation postulée pour le développement des structures de santé du pays d'origine au candidat ou du pays où il exercera,
 - 6B ■ un curriculum vitae détaillé selon le modèle de l'**Annexe 1H**.
 - 7 ■ joindre le **résumé en français** de votre thèse et le cas échéant de votre mémoire de spécialité et/ou de votre principale publication (avec tiré-à-part si possible ou photocopie/**Pas de CD**, ni la thèse en entier, ni la clef USB).
 - 8 ■ photocopie certifiée (conforme) du **diplôme (ou titre)** de docteur en médecine ou en pharmacie
 - 9 ■ photocopie certifiée (conforme) de la traduction en français (1) du document 8
 - 9A ■ l'**Annexe 1M** d'engagement à respecter la laïcité et la neutralité lors de vos fonctions dans un hôpital français
 - 9B 0 l'**Annexe 2E** de suivi des études en langue française ou de connaissance du français à signer par l'étudiant(e)

B) En complément selon l'inscription postulée**B.1- Si vous postulez au DFMS**

- 10 photocopie certifiée (conforme) de l'attestation officielle de l'**autorisation d'exercice** de la profession de **médecin ou de pharmacien** délivrée par les autorités compétentes du pays d'origine ou du pays d'obtention
- 11 photocopie de la traduction en français (1) du document 10

- 12A une copie du certificat de scolarité (**hors de France**) pour l'**année 2024-2025** délivré par l'organisme compétent du pays dans lequel vous préparez votre spécialisation qui précisera le niveau d'études atteint et la spécialité postulée. En l'absence de ce certificat votre candidature sera refusée.
- 12B traduction **originale** en français (1) du document 12A.
- 12C un certificat de scolarité **original** si inscription dans une **université française** pour **2024-/2025**
- 13 tout document **officiel** (ministériel ou de la Faculté) confirmant la **durée** de la formation : cf. **Annexe 1D**

B.2. - Si vous postulez au DFMSA

- 14 photocopie certifiée (conforme) du diplôme (ou titre) de **spécialiste en médecine ou en pharmacie**
- 15 photocopie certifiée (conforme) de la traduction en français (1) du document 14
- 16 photocopie certifiée (conforme) de l'attestation officielle de l'**autorisation d'exercice** de la profession de **médecin spécialiste** ou de **pharmacien spécialiste** délivrée par les autorités compétentes du pays concerné
- 17A photocopie de la traduction en français (1) du document 16
- 17B une copie du certificat de scolarité si inscription dans une université **française** pour l'année **2024-2025**

B.3 –Si vous avez été inscrit(e) dans une université en France (avant novembre 2024)

- 18 une copie des certificats de scolarité délivrés par l'**université française** auprès de laquelle vous avez été inscrit(e) **avant novembre 2024** en précisant l'année d'étude et le(s) diplôme(s) postulé(s)
- 19 photocopie certifiée conforme de l'attestation de réussite pour **chaque** diplôme obtenu en France.

C) Si vous êtes sélectionné(e) au titre d'un accord avec une Faculté/Hôpital français

- 20 document justifiant d'un poste rémunéré, signé par le directeur du centre hospitalier d'accueil en France et par le doyen qui compléteront l'**Annexe 1B**/document à fournir **au plus tard le 15 avril 2025**.

D) Pour les apatrides, réfugiés politiques ou bénéficiaires de la protection subsidiaire

- 21 une pièce officielle justifiant de leur statut en France
- 22 à défaut des pièces 4,5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, tout document ou attestation sur l'honneur à rédiger en français (ou avec une traduction en français)
- 23 le cas échéant les justificatifs 18 et 19 pour ceux ayant pris une inscription en AFS ou AFSA en France

(1) Les documents écrits en langue étrangère doivent être accompagnés d'une traduction effectuée par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un Etat membre de l'union européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

DEPOT DU
DOSSIER N°1

Cf. calendrier dans l'Annexe 1A bis. L'exemplaire complet du dossier (**sans les originaux**), placé sous pochette plastique transparente, est à transmettre en **un seul envoi** au plus tard **le 15 janvier 2025** :

- pour les candidats **ayant leur résidence en dehors de la France** en décembre 2024 -janvier 2025 : au service de coopération et d'action culturelle de l'**ambassade de France** ou du consulat général français du pays de résidence
- pour les candidats **justifiant d'une résidence en France en décembre 2024 et janvier 2025** et les personnes justifiant du statut d'apatride, de réfugié politique ou de bénéficiaire de la protection subsidiaire à :

Faculté de Médecine - Inscription en DFMS/DFMSA - 4 rue Kirschleger - 67085 STRASBOURG CEDEX

LISTE DES ANNEXES

- **Annexes 1A et 1A bis** : Liste et ordre des pièces à joindre au dossier de candidature + Deux dates à respecter pour envoi du dossier N°1
- **Annexe 1B** : Attestation d'inscription dans le cadre d'un accord de coopération (à fournir au plus tard au 15 avril 2025)
- **Annexe 1C** : Attestation sur l'honneur pour les études effectuées (ou en cours) en France
- **Annexe 1D-DFMS** : Accord des autorités locales pour le séjour en France pour les DFMS + Durée exigée de la formation hospitalière
- **Annexe 1D-DFMSA** : Relevé détaillé du cursus de spécialité pour les postulants au DFMSA
- **Annexe 1E** : Relevé détaillé des semestres hospitaliers accomplis par le(la) candidat(e)
- **Annexe 1F** : Attestation sur l'honneur de nationalité ou de double nationalité
- **Annexe 1G** : Attestation sur l'honneur de scolarité ou d'activité en 2023-2024 et 2024-2025
- **Annexe 1H** : Présentation du *curriculum vitae* détaillé
- **Annexe 1J** : Code des pays et des nationalités
- **Annexes 1I** : Codification des DFMS et DFMSA et places ouvertes en 2024-2025
- **Annexe 1L** : Obligations vaccinales à entreprendre dès à présent pour la rentrée de novembre 2025 + Schéma vaccinal complet
- **Annexe 1M** : Laïcité et neutralité à l'hôpital
- **Annexe 2E** : Attestation du suivi des études en médecine/pharmacie en langue française ou de connaissance du français

D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.

DATE LIMITE
DE RECEPTION
DU DOSSIER A
STRASBOURG
15 avril 2025

INSCRIPTION DANS LE CADRE
D'UN ACCORD DE COOPERATION

(à faire établir et signer par les autorités françaises de la Faculté et du Centre hospitalier d'accueil)

NOM de naissance : Madame Monsieur _____

Prénom : _____

Pour les femmes mariées : épouse (nom du mari) : _____

Nom usuel (le cas échéant) : _____

né(e) le _____ à _____ (_____)

nationalité(s) _____ et _____

originaire de la Faculté de Médecine de Pharmacie

de : _____ Ville : _____ Pays : _____

postule pour l'année universitaire **2025-2026** au :

DFMS DFMSA

de _____

correspondant à une partie de la formation dispensée en France

dans le cadre d'un **accord de coopération** conclu

avec l'**Université** de _____ / France

et son U.F.R. de Médecine Pharmacie de : _____

et/ou l'**établissement hospitalier** de : _____

Le(la) candidat(e) **disposera d'un poste SUPPLEMENTAIRE de F.F.I.**, au titre de la **coopération**, ce poste n'étant pas ouvert au contingent national ni publié au Journal Officiel pour 2025-2026 :

dans le service de : _____

dirigé par (nom du chef de service) : _____

au centre hospitalier de : _____ Ville : _____

relevant de la Faculté de Médecine de : _____

avec prise obligatoire de fonctions durant 2 semestres: du 2 novembre 2025 au 31 octobre 2026

financé par le CHU Hôpital français d'accueil sur son propre budget

ou par le versement de la somme de 36.000 euros/an à l'hôpital par l'organisme _____ (1)

(1) Une convention de financement devra être **préalablement** signée entre l'organisme concerné et l'hôpital d'accueil.

PARTIE A REMPLIR PAR LES AUTORITES FRANÇAISES

Fait à _____ le, _____

● **Le Directeur Général** (du CHU ou de l'établissement de santé) **d'accueil**
(si l'hôpital relève de l'AP-HP signature obligatoire de la DOMU)

Nom (A) :

Prénom :

Signature :

● **Le coordonnateur local** de la spécialité postulée confirme

Le service est-il agréé pour le D.E.S. ?
 OUI NON

Nom (A) :

Prénom :

Faculté :

Signature :

● **Le Doyen de la Faculté**

- ayant passé l'accord de coopération
- ou pour la Région parisienne, dont relève le coordonnateur local

Nom (A) :

Prénom :

Faculté :

Signature :

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

(à joindre obligatoirement à chacun des dossiers de candidature)

Je soussigné(e) _____
(nom et prénom du/de la candidat(e))

Pour les femmes mariées (nom du mari) _____ déclare sur l'honneur :

Si	OUI		NON
1 -	(1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Avoir déjà pris une inscription en France à une formation conduisant à l'un des diplômes suivants : - D.I.S. (Diplôme interuniversitaire spécialisé) - D.I.S.C. (Diplôme interuniversitaire spécialisé complémentaire)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avoir déjà pris une inscription en France pour une A.F.S. (Attestation de formation spécialisée) dans la discipline : _____ (1) auprès de la Faculté de Médecine / Pharmacie de : _____ du _____ au _____ et du _____ au _____	<input type="checkbox"/>
3 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avoir pris une inscription en France pour une A.F.S.A. (Attestation de formation spécialisée approfondie) dans la discipline : _____ (1) auprès de la Faculté de Médecine / Pharmacie de : _____ du _____ au _____ et du _____ au _____	<input type="checkbox"/>
4 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avoir déjà pris une inscription en France pour un D.F.M.S. (diplôme de formation médicale spécialisée) / Spécialité : _____ année universitaire : ____/____ Faculté de : _____ (1)	<input type="checkbox"/>
5 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avoir déjà pris une inscription en France pour un D.F.M.S.A. (diplôme de formation médicale spécialisée) / Spécialité : _____ année universitaire : ____/____ Faculté de : _____ (1)	<input type="checkbox"/>
6 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avoir été inscrit(e) en France en 2023-2024 à l'Université de _____ (1) diplôme postulé : _____	<input type="checkbox"/>
7 -	<input type="checkbox"/> (1)	Etre inscrit(e) en France en 2024-2025 à l'Université de _____ (1) diplôme(s) postulé(s) : _____ _____	<input type="checkbox"/>
8 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avez-vous déjà été recruté(e) en qualité de stagiaire associé en France en 2023-24 et/ou 2024-25 ? du _____ au _____ Hôpital : _____ 4	<input type="checkbox"/>
9 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avez-vous déjà été recruté(e) en qualité de stagiaire bénévole comme observateur en France ? du _____ au _____ Hôpital : _____	<input type="checkbox"/>
10 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avez-vous déjà déposé une candidature au DFMS ou au DFMSA ? <input type="checkbox"/> pour 2020-2021 ? <input type="checkbox"/> pour 2021-2022 ? <input type="checkbox"/> pour 2022-2023 ? <input type="checkbox"/> pour 2023-2024 <input type="checkbox"/> en 2024-25 ?	<input type="checkbox"/>
11 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avez-vous déjà renoncé à une précédente affectation en DFMS ou DFMSA ? Si OUI, pour quelle année ? <input type="checkbox"/> pour 2020-2021 <input type="checkbox"/> pour 2021-2022 <input type="checkbox"/> pour 2022 – 2023 ? <input type="checkbox"/> pour 2023-2024 ? <input type="checkbox"/> pour 2024-2025 (2) pour quel motif ?	<input type="checkbox"/>

(1) joindre obligatoirement à l'arrière de cette Annexe 2C les certificats ou attestations de scolarité correspondants

(2) précisez le motif et la date exacte du désistement :

Fait à _____ le, _____

Signature originale du candidat après avoir écrit en toutes lettres à la main : "J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus et connais les suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète" :

DATE LIMITE DE RECEPTION
DU DOSSIER A STRASBOURG
15 janvier 2025

ATTESTATION DE LA DUREE DE LA FORMATION HOSPITALIERE
AUTORISATION DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT DE POURSUITE
DE LA FORMATION SPECIALISEE EN France
■ CANDIDAT AU D.F.M.S.

[Ce formulaire peut être remplacé par une **attestation officielle** délivrée sous une autre forme par la faculté en reprenant la présentation ci-dessous]

Je soussigné(e), _____ **uniquement**

(2) **Doyen** : Nom _____ Prénom : _____ Mél : _____

(2) **Secrétaire Général *** : Nom : _____ Prénom : _____ Mél : _____

atteste que

Mme / M. _____

né(e) le _____ à _____ (_____)

a commencé la spécialité de (intitulé exact) _____

en qualité de _____

à la date du (jour/mois/année) : / / 20

Cette spécialité exige réglementairement, sur le **plan pratique**, l'accomplissement de _____ **semestres hospitaliers** (ou de _____ mois hospitalier) dans ladite discipline conformément aux **dispositions officielles ci-jointes** ⁽¹⁾ [hors stage invalidé à refaire ou à rattraper dans l'établissement d'origine] conformément à :

- (1) l'arrêté ministériel fixant la durée de la formation pour la spécialité (joindre copie)
 la décision du Conseil de Faculté fixant cette durée de formation (joindre copie)

Ces obligations de **hospitalières** prendront fin le (jour/mois/année) : / / 20

En conséquence, il **restera à accomplir** au (à la) candidat(e), **au 1er novembre 2025** :

_____ semestre(s) ou _____ mois de stage.

L'intéressé(e) finalisera sa formation spécialisé avec délivrance du diplôme le _____

L'intéressé(e) a obtenu le **diplôme de docteur** **en médecine** **en pharmacie** en date du _____ auprès de la Faculté de _____ (_____)

J'autoriserai } l'intéressé(e) à prendre ses fonctions en France
 Je n'autoriserai pas } au **1er novembre 2025**

Je validerai } la formation suivie et les semestres hospitaliers
 Je ne validerai pas } effectués en France à son retour au titre de la spécialité postulée

Les **objectifs pédagogiques** à atteindre durant la formation en France sont les suivants :

(à compléter sur une page annexe)

Fait à _____, le _____

Signature lisible (avec **nom, prénom**
du signataire et **cachet** de l'établissement)
(avec traduction en français si nécessaire)

(1) Joindre copie des dispositions officielles précisant la durée de **formation pratique** exigée pour ladite spécialité (en mois, en semestres ou en années)

* Secrétaire Général ou Secrétaire Principal ou Responsable Administratif

(2) A compléter obligatoirement

RELEVÉ DÉTAILLÉ DU CURSUS DE SPÉCIALITÉ EFFECTUÉE À CE JOUR EN DEHORS DE LA FRANCE
■ CANDIDAT AU D.F.M.S.A.

[Ce relevé peut être remplacé par une **attestation officielle** délivrée sous une autre forme par la faculté en reprenant la présentation ci-dessous, ou par le candidat « sur l'honneur »]

Je soussigné(e), _____
(NOM et prénom)

Uniquement ⁽²⁾ Doyen Secrétaire Général

atteste que

Mme / M. _____

né(e) le _____ à _____ (_____)

a obtenu le **diplôme de docteur** **en médecine** **en pharmacie** en date du _____
auprès de la Faculté de _____ (_____)

a commencé la spécialité de (intitulé exact) _____

en qualité de _____

à la date du (jour/mois/année) : _____

a obtenu le **diplôme** **de médecin spécialiste de** : _____
 de pharmacien spécialiste dans la spécialité de : _____

à la date du _____ à _____

A ce jour, l'intéressé(e) a effectué les stages hospitaliers **spécialisés** détaillés dans l'**Annexe 1E**.

Fait à _____, le _____

Signature (avec **nom, prénom**
du signataire et **cachet** de l'établissement)
(Doyen ou Secrétaire Général)
(avec traduction en français si nécessaire)

(2) A compléter obligatoirement

POUR D.F.M.S. et D.F.M.S.A.

RELEVÉ DÉTAILLÉ DES SEMESTRES DE STAGE DE SPECIALISATION
VALIDÉS AU 15 JANVIER 2025

(A compléter et à signer par seulement le Doyen de la Faculté de Médecine de laquelle vous relevez)

[=> Peut être remplacé par une attestation de **situation universitaire détaillée** délivrée par la faculté]

[à condition qu'elle précise les services, hôpitaux, périodes et durée pour chaque stage]

Je soussigné(e) Mme M _____

Doyen de la Faculté de Médecine de

Adresse électronique : _____

ou _____ qualité / fonction : _____

atteste que Mme M _____

postulant la spécialisation de _____

pour une durée de : _____ années de **formation pratique** qu'il(elle) terminera le _____

a effectué jusqu'au 15 janvier 2025 les stages hospitaliers de spécialité suivants :

N° Stage	Date de début (jour/mois/année)	Date de fin (jour/mois/année)	Durée (en mois) (1)	Service d'accueil	Hôpital (2)	Ville	Pays
1er							
2ème							
3ème							
4ème							
5ème							
6ème							
7ème							
8ème							
9ème							
10ème							
11ème							
12ème							
13ème							
14ème							
15ème							
16ème							
Total des mois de stages effectués (1)			mois	(1) Il s'agit des stages effectués (même si éventuellement ils n'ont pas été validés à ce jour)			

(2) En cas d'abréviation de l'hôpital, veuillez indiquer le nom complet au bas du tableau ou au verso de l'annexe 1E

Le Doyen de la Faculté (**nom et prénom**)
(signature lisible, **cachet** original
avec traduction en français si nécessaire)

_____, le _____ 2024/2025

D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE NATIONALITÉ OU DE DOUBLE NATIONALITÉ

Je soussigné(e) (nom/prénom du candidat) _____
 né(e) le _____ à _____ Pays : _____
 de nationalité _____ et éventuellement _____

A - atteste sur l'honneur **posséder à la date de signature de l'Annexe 1F** la nationalité suivante :
 en première qualité en deuxième qualité (si ressortissant binational)

A1 - de l'un des Etats ci-dessous **membres de l'Union Européenne** :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allemagne | <input type="checkbox"/> Italie |
| <input type="checkbox"/> Autriche | <input type="checkbox"/> Lettonie |
| <input type="checkbox"/> Belgique | <input type="checkbox"/> Lituanie |
| <input type="checkbox"/> Bulgarie | <input type="checkbox"/> Luxembourg |
| <input type="checkbox"/> Chypre (hors partie turque) | <input type="checkbox"/> Malte |
| <input type="checkbox"/> Croatie | <input type="checkbox"/> Pays-Bas |
| <input type="checkbox"/> Danemark | <input type="checkbox"/> Pologne |
| <input type="checkbox"/> Eire/Irlande | <input type="checkbox"/> Portugal |
| <input type="checkbox"/> Espagne | <input type="checkbox"/> Roumanie |
| <input type="checkbox"/> Estonie | <input checked="" type="checkbox"/> Royaume Uni |
| <input type="checkbox"/> Finlande | <input type="checkbox"/> Slovaquie |
| <input type="checkbox"/> France | <input type="checkbox"/> Slovénie |
| <input type="checkbox"/> Grèce | <input type="checkbox"/> Suède |
| <input type="checkbox"/> Hongrie | <input type="checkbox"/> République Tchèque |

A2 - ou d'un Etat partie de l'Accord sur l'**Espace économique européen**

- Islande
- Liechtenstein
- Norvège

A3 - de la Principauté d'**Andorre**

A4 - de la Confédération helvétique (**Suisse**)

B - atteste sur l'honneur **ne pas posséder** l'une des nationalités ci-dessus (A1, A2, A3, A4) en première ou en deuxième qualité

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements cochés ou complétés sur ce formulaire et suis conscient(e) que tout renseignement inexact ainsi que toute information omise constituent une **tentative de fraude** qui provoquera l'annulation immédiate de cette inscription et cela sans préjuger des poursuites disciplinaires ou pénales qui pourraient être engagées par les autorités françaises compétentes à mon encontre.

Fait à _____, le _____

Ecrire : «J'atteste sur l'honneur » _____

Signature originale de l'intéressé(e)
 après avoir coché la lettre **A** **ou** **B**
 et le cas échéant la case correspondante en A1 à A4

D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR
DE SCOLARITE ET/OU D'ACTIVITE
(2023-2024 et 2024-2025)**

Je soussigné(e) (nom/prénom du candidat) _____

né(e) le _____ à _____ (_____)

atteste sur l'honneur avoir occupé les activités suivantes :

1 – durant la période du 1^{er} novembre 2023 au 31 octobre 2023 (Année 2023-2024)

1.1. – scolarité : Non inscrit(e) à l'Université/Faculté en 2023-2024

inscrit(e) à la Faculté de _____ (Pays : _____)

en _____ ème année de _____

pour le(s) diplôme(s) : _____

1.2. – activités hospitalières N'a pas exercé d'activités hospitalières en 2023-2024

avoir exercé les fonctions hospitalières

en qualité de : _____

du _____ au _____ Hôpital _____

du _____ au _____ Hôpital _____

1.3. – Sans activité hospitalière ni de scolarité (en 2023-2024)

En 2023-2024 je n'ai pas été inscrit(e) à la faculté et je n'ai pas exercé d'activités hospitalières.

Quel était votre statut ? : _____

2 – Durant la période du 1^{er} novembre 2024 au 15 janvier 2025 (Année 2024 – 2025)

2.1. – scolarité : Non inscrit(e) à l'Université/Faculté en 2024-2025

inscrit(e) à la Faculté de _____ (Pays : _____)

en _____ ème année de _____

pour le(s) diplôme(s) : _____

2.2. – activités hospitalières N'a pas exercé d'activités hospitalières en 2024-2025

avoir exercé les fonctions hospitalières

en qualité de : _____

du _____ au _____ Hôpital _____

du _____ au _____ Hôpital _____

2.3. – Sans activité hospitalière ni de scolarité (en 2024-2025)

Durant cette période je n'ai pas été inscrit(e) à la faculté et je n'ai pas exercé d'activités hospitalières. Quel était votre statut ? _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements complétés sur ce formulaire et suis conscient(e) que tout renseignement inexact ainsi que toute information omise constituent une **tentative de fraude** qui provoquera l'annulation immédiate de cette inscription et cela sans préjuger des poursuites disciplinaires ou pénales qui pourraient être engagées par les autorités françaises compétentes à mon encontre.

Fait à _____, le _____

Signature originale du candidat

D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.

MODELE DE PRESENTATION DU CURRICULUM VITAE DETAILLE
(à rédiger en langue française)

Veillez établir votre *curriculum vitae* détaillé selon les rubriques suivantes en respectant l'ordre ci-dessous
A rédiger à l'ordinateur pour une meilleure lisibilité et sur papier blanc

- 1 ■ **CIVILITE**
Nom, prénom(s), épouse de ...
Date, lieu et pays de naissance
Situation familiale et nombre d'enfants.
- 2 ■ **COORDONNEES**
Adresse permanente dans le pays de résidence
Téléphone (s) personnel et/ou professionnel
Messagerie(s) électronique (s) personnelle et/ou professionnelle
- 3 ■ **TITRES ET DIPLOMES**
Lister par ordre chronologique décroissant les titres et/ou diplômes obtenus, en précisant :
la date d'obtention, l'intitulé (en langue française), le lieu d'obtention, l'organisme qui l'a délivré.
- 4 ■ **SCOLARITE**
Date et lieu de début des études médicales ou pharmaceutiques
Date et lieu d'accès aux études de spécialité
Date et lieu de fin des études de spécialité
- 5 ■ **MEMOIRE(S) et THESE(S)**
Lister par ordre chronologique décroissant les mémoires d'études et la thèse de médecine rédigés
jusqu'à ce jour en précisant : la date, l'intitulé, la mention éventuelle, la faculté/université de
rattachement.
- 6 ■ **PUBLICATIONS**
Lister par ordre chronologique décroissant en les numérotant, les articles publiés (ou sous presse) à
ce jour en précisant son titre, les noms et l'ordre des auteurs, le nombre de pages, la revue ou le
périodique d'édition, date, avec ou sans comité de lecture.
- 7 ■ **COMMUNICATIONS ORALES**
Idem que pour les publications : titre de la communication, les noms et l'ordre des auteurs, l'intitulé
de la manifestation, date.
- 8 ■ **COMMUNICATIONS AFFICHEES / POSTERS**
Idem que pour les communications orales.
- 9 ■ **SEJOURS A L'ETRANGER**
Lister par ordre chronologique décroissant le(s) séjour(s) effectué(s) en dehors de votre pays avec
date, durée, lieu et statut.
- 10 ■ **MANDATS ELECTIFS ET STATUT**
Préciser par ordre chronologique décroissant les mandats électifs exercés au sein de la faculté, de
l'université, du Centre hospitalier, avec dates de début et de fin.
Préciser le cas échéant vos éventuelles responsabilités ou présidences, vos éventuels mandats
électifs civils ou militaires.
- 11 ■ **PRIX ET DISTINCTIONS HONORIFIQUES**
Lister par ordre chronologique décroissant les prix et / ou distinctions obtenus en indiquant la date,
la nature et l'organisme qui les a délivrés.
- 12 ■ **SOCIETES SAVANTES, CULTURELLES OU SCIENTIFIQUES**
Lister les diverses sociétés savantes, culturelles et/ou scientifiques auxquelles vous appartenez,
avec le cas échéant les responsabilités que vous y exercez.
- 13 ■ **DIVERS**
- 14 ■ Le curriculum vitae doit être daté et signé par l'intéressé(e).

ANNEXE

Vous êtes prié(e) de joindre le **résumé en français** de votre thèse de médecine ou de pharmacie et le cas
échéant de votre mémoire de spécialité et/ou de votre principale publication (avec tiré-à-part si possible ou
photocopie, **pas de CD**, ni l'exemplaire complet de la thèse, ni de clef USB).

CODIFICATION ET PLACES des D.F.M.S. et des D.F.M.S.A. (pour 2025-2026)

A)

■ 1 – MEDECINE	DFMS		DFMSA		Postes DFMS+ DFMSA
	Contingent national	Coopération	Contingent national	Coopération	
1 – MEDECINE					(A)
■ DISCIPLINE CHIRURGICALE					
- Chirurgie maxillo-faciale	MS 001N	9 MS 001N	MA 001N	9 MA 001N	
- Chirurgie orale	MS 002N	9 MS 002N	MA 002N	9 MA 002N	
- Chirurgie orthopédique et traumatologique	MS 003N	9 MS 003N	MA 003N	9 MA 003N	
- Chirurgie pédiatrique option chirurgie viscérale pédiatrique	MS 004N	9 MS 004N	MA 004N	9 MA 004N	
- Chirurgie pédiatrique option orthopédie pédiatrique	MS 005N	9 MS 005N	MA 005N	9 MA 005N	
- Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	MS 006N	9 MS 006N	MA 006N	9 MA 006N	
- Chirurgie thoracique	MS 0077N	9 MS 007N	MA 007N	9 MA 007N	
- Chirurgie cardiovasculaire	MS 007N	9 MS 0077N	MA 0077N	9 MA 0077N	
- Chirurgie vasculaire	MS 008N	9 MS 008N	MA 008N	9 MA 008N	
- Chirurgie viscérale et digestive	MS 009N	9 MS 009N	MA 009N	9 MA 009N	
- Gynécologie obstétrique	MS 010N	9 MS 010N	MA 010N	9 MA 010N	
- Neurochirurgie	MS 011N	9 MS 011N	MA 011N	9 MA 011N	
- Ophtalmologie	MS 012N	9 MS 012N	MA 012N	9 MA 012N	
- Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	MS 013N	9 MS 013N	MA 013N	9 MA 013N	
- Urologie	MS 014N	9 MS 014N	MA 014N	9 MA 014N	
■ DISCIPLINE MEDICALE					
- Allergologie	MS 015N	9 MS 015N	MA 015N	9 MA 015N	
- Anatomie et cytologie pathologiques	MS 016N	9 MS 016N	MA 016N	9 MA 016N	
- Anesthésie-réanimation	MS 017N	9 MS 017N	MA 017N	9 MA 017N	
- Dermatologie et vénéréologie	MS 018N	9 MS 018N	MA 018N	9 MA 018N	
- Endocrinologie-diabétologie-nutrition	MS 019N	9 MS 019N	MA 019N	9 MA 019N	
- Génétique médicale	MS 020N	9 MS 020N	MA 020N	9 MA 020N	
- Gériatrie	MS 021N	9 MS 021N	MA 021N	9 MA 021N	
- Gynécologie médicale	MS 022N	9 MS 022N	MA 022N	9 MA 022N	
- Hématologie	MS 023N	9 MS 023N	MA 023N	9 MA 023N	
- Hépato-gastro-entérologie	MS 024N	9 MS 024N	MA 024N	9 MA 024N	
- Maladies infectieuses et tropicales	MS 025N	9 MS 025N	MA 025N	9 MA 025N	
- Médecine cardiovasculaire	MS 026N	9 MS 026N	MA 026N	9 MA 026N	
- Médecine d'urgence	MS 027N	9 MS 027N	MA 027N	9 MA 027N	
- Médecine et santé au travail	MS 028N	9 MS 028N	MA 028N	9 MA 028N	
- Médecine intensive-réanimation	MS 029N	9 MS 029N	MA 029N	9 MA 029N	
- Médecine interne et immunologie clinique	MS 030N	9 MS 030N	MA 030N	9 MA 030N	
- Médecine légale et expertises médicales	MS 031N	9 MS 031N	MA 031N	9 MA 031N	
- Médecine nucléaire	MS 032N	9 MS 032N	MA 032N	9 MA 032N	
- Médecine physique et réadaptation	MS 033N	9 MS 033N	MA 033N	9 MA 033N	
- Médecine vasculaire	MS 034N	9 MS 034N	MA 034N	9 MA 034N	
- Néphrologie	MS 035N	9 MS 035N	MA 035N	9 MA 035N	
- Neurologie	MS 036N	9 MS 036N	MA 036N	9 MA 036N	
- Oncologie option oncologie médicale	MS 037N	9 MS 037N	MA 037N	9 MA 037N	
- Oncologie option oncologie radiothérapie	MS 038N	9 MS 038N	MA 038N	9 MA 038N	
- Pédiatrie	MS 039N	9 MS 039N	MA 039N	9 MA 039N	
- Néonatalogie	MS 0399N	9 MS 0399N	MA 0399N	9 MA 0399N	
- Pneumologie	MS 040N	9 MS 040N	MA 040N	9 MA 040N	
- Psychiatrie	MS 041N	9 MS 041N	MA 041N	9 MA 041N	
- Pédopsychiatrie	MS 0411N	9 MS 0411N	MA 0411N	9 MA0411N	
- Radiologie et imagerie médicale	MS 042N	9 MS 042N	MA 042N	9 MA 042N	
- Rhumatologie	MS 043N	9 MS 043N	MA 043N	9 MA 043N	
- Santé publique	MS 044N	9 MS 044N	MA 044N	9 MA 044N	
■ DISCIPLINE BIOLOGIQUE (médecins)					
- Biologie médicale option biologie générale	MS 045N	9 MS 045N	MA 045N	9 MA 045N	
- Biologie médicale option médecine moléculaire, génétique et pharmacologie	MS 046N	9 MS 046N	MA 046N	9 MA 046N	
- Biologie médicale option hématologie et immunologie	MS 047N	9 MS 047N	MA 047N	9 MA 047N	
- Biologie médicale option agents infectieux	MS 048N	9 MS 048N	MA 048N	9 MA 048N	
- Biologie médicale option biologie de la reproduction	MS 049N	9 MS 049N	MA 049N	9 MA 049N	
2 - PHARMACIE					
- Biologie médicale option biologie générale	PS 045N	9 PS 045N	PA 045N	9 PA 045N	
- Biologie médicale option médecine moléculaire, génétique et pharmacologie	PS 046N	9 PS 046N	PA 046N	9 PA 046N	
- Biologie médicale option hématologie et immunologie	PS 047N	9 PS 047N	PA 047N	9 PA 047N	
- Biologie médicale option agents infectieux	PS 048N	9 PS 048N	PA 048N	9 PA 048N	
- Biologie médicale option biologie de la reproduction	PS 049N	9 PS 049N	PA 049N	9 PA 049N	

◆ MISE EN GARDE : TOUS LES POSTES NE SONT PAS EXCLUSIVEMENT LOCALISES EN CHU ◆

ANNEXE 1J

CODE DES PAYS, DES NATIONALITES ET DES SERVICES CULTURELS

PAYS	VILLE	CODES	
		NAT	SCAC
A			
AFGHANISTAN	Kaboul	212	2120
AFRIQUE DU SUD	Pretoria/Le Cap	303	3030
ALBANIE	Tirana	125	1250
ALGERIE	Alger	352	3520
ALGERIE	Annaba	352	3521
ALGERIE	Constantine	352	3522
ALGERIE	Oran	352	3523
ALGERIE	Tlemcen	352	3524
ALLEMAGNE	Berlin	UE	1420
ANDORRE	Andorre-la-Vieille	AUE	1300
ANGOLA + CABINDA	Luanda	395	3950
ANTIGUA + BARBUDA	Saint John's	441	4410
ANTILLES NEERLANDAISES	Willemstad	431	4310
ARABIE SAOUDITE	Riyad	201	2010
ARGENTINE	Buenos Aires	415	4150
ARMENIE	Erevan	252	2520
AUSTRALIE	Canberra	501	5010
AUTRICHE	Vienne	UE	1100
AZERBAIDJAN	Bakou	253	2530
B			
BAHAMAS	Nassau	436	4360
BAHREIN	Manama	249	2490
BANGLADESH	Dacca	246	2460
BARBADE	Bridgetown	434	4340
BELGIQUE	Bruxelles	UE	1310
BELIZE	Belmopan	429	4290
BENIN	Porto Novo	327	3270
BHOUTAN	Thimbu	214	2140
BIELORUSSIE (Bélarus)	Minsk	148	1480
BIRMANIE	Rangoun	224	2240
BOLIVIE	La Paz	418	4180
BOSNIE- HERZEGOVINE	Sarajevo	118	1180
BOTSWANA	Gaborone	347	3470
BRESIL	Brasilia	416	4160
BRESIL	Rio de Janeiro	416	4161
BRESIL	Sao Paulo	416	4162
BRUNEI	Bandar Seri Begawan	225	2250
BULGARIE	Sofia	UE	1110
BURKINA FASSO	Ouagadougou	331	3310
BURUNDI	Bujumbura	321	3210
C			
CAMBODGE	Phnom Penh	234	2340
CAMEROUN	Yaoundé	322	3220
CANADA	Ottawa	401	4010
CANADA	Québec	401	4011
CAP VERT (Iles du)	Praia	396	3960
CENTRAFRIQUE (Rép.)	Bangui	323	3230
CEYLAN (Sri Lanka)	Colombo	235	2350

PAYS	VILLE	CODES	
		NAT	SCAC
C			
CHILI	Santiago de Chile	417	4170
CHINE POPULAIRE	Pékin	216	2160
CHYPRE	Nicosie	UE	2540
CISJORDANIE	Naplouze / Jérusalem	261	2610
COLOMBIE	Bogota	419	4190
COMORES	Moroni	397	3970
CONGO-BRAZZAVILLE	Brazzaville	324	3240
CONGO (Rép. Démo.)	Kinshasa	312	3120
COOK (Iles) / N ^{ELLE} ZELANDE	Avarua	502	5020
COREE du NORD	Pyongyang	238	2380
COREE du SUD	Séoul	239	2390
COSTA RICA	San José	406	4060
COTE D'IVOIRE	Abidjan	326	3260
CROATIE	Zagreb	UE	1190
CUBA	La Havane	407	4070
D			
DANEMARK	Copenhague	UE	1010
DJIBOUTI	Djibouti	399	3990
DOMINIQUE (Iles de la)	Roseau	438	4380
E			
EGYPTE	Le Caire	301	3010
EIRE (Irlande)	Dublin	UE	1360
EL SALVADOR	San Salvador	414	4140
EMIRATS ARABES UNIS	Abu Dhabi	247	2470
EQUATEUR	Quito	420	4200
ERYTHREE	Asmara	317	3170
ESPAGNE	Madrid	UE	1340
ESTONIE	Tallinn	UE	1060
ESWATINI (1)	Mbabane	391	3910
ETATS-UNIS	Washington	404	4040
ETHIOPIE	Addis Abeba	315	3150
F			
FEROE (Iles)	Thorshavn	UE	1010
FIDJI (Iles)	Suva	508	5080
FINLANDE	Helsinki	UE	1050
FRANCE	Strasbourg 1	UE	1001
G			
GABON	Libreville	328	3280
GAMBIE	Banjul	304	3040
GAZA (Cf. CISJORDANIE)	Gaza	261	2611
GEORGIE	Tbilissi	255	2550
GHANA	Accra	329	3290
GIBRALTAR	Gibraltar	133	1330
GRECE	Athènes	UE	1260
GRENADE	Saint-George's	435	4350

(1) ex-SWAZILAND (avril 2018)

		CODES	
GROENLAND	Nuuk	430	4300
GUATEMALA	Guatemala City	409	4090
GUINEE	Conakry	330	3300
GUINEE BISSAU	Bissau	392	3920
GUINEE EQUATORIALE	Malabo / Bata	314	3140
GUYANA	Georgetown	428	4280
H			
HAITI	Port-au-Prince	410	4100
HONDURAS	Tegucigalpa	411	4110
HONG-KONG	Hong-Kong	230	2300
HONGRIE	Budapest	UE	1120
I			
ILE MAURICE	Port-Louis	390	3900
ILES COOK / N ^{ELLE} ZELANDE	Avarua	502	5020
ILES FEROE	Thorshavn	UE	1010
ILES FIDJI	Suva	508	5080
ILES MALDIVES	Malé	229	2290
ILES MARIANNES NORD	Garapan		
ILES MARSHALL	Majuro	515	5150
ILES SALOMON	Honiara		
INDE	New Delhi	223	2230
INDONESIE	Jakarta	231	2310
IRAK / IRAQ	Bagdad	203	2030
IRAN	Téhéran	204	2040
IRLANDE (EIRE)	Dublin	UE	1360
ISLANDE	Reykjavik	EEE	1020
ISRAEL	Tel Aviv / Jérusalem	207	2070
ITALIE	Rome	UE	1270
J			
JAMAIQUE	Kingston	426	4260
JAPON	Tokyo	217	2170
JORDANIE	Amman	222	2220
K			
KAZAKHSTAN	Astana	256	2560
KENYA	Nairobi	332	3320
KIRGHIZISTAN	Bichkek	257	2570
KIRIBATI	Tarawa	513	5130
KOSOVO(Cf. SERBIE)	Pristina	121	1212
KOWEIT	Koweit	240	2400
L			
LAOS	Vientiane	241	2410
LESOTHO	Maseru	348	3480
LETONIE	Riga	UE	1070
LIBAN	Beyrouth	205	2050
LIBERIA	Monrovia	302	3020
LIBYE	Tripoli	316	3160
LIECHTENSTEIN	Vaduz	EEE	1130
LITUANIE	Vilnius	UE	1080
LUXEMBOURG	Luxembourg Ville	UE	1370

		CODES	
M			
MACAO	Macao	232	2320
MACEDOINE (ARYM)*	Skopje	156	1560
MADAGASCAR	Antananarivo	333	3330
MALAISIE	Kuala Lumpur	227	2270
MALAWI	Lilongwe/Blantyre	334	3340
MALDIVES	Malé	229	2290
MALI	Bamako	335	3350
MALTE	La Valette	UE	1440
MARIANNES DU NORD	Garapan		
MAROC	Rabat	350	3500
MARSHALL (Iles)	Majuro	515	5150
MAURICE	Port Louis	390	3900
MAURITANIE	Nouakchott	336	3360
MEXIQUE	Mexico	405	4050
MICRONESIE (Etats de la)	Palikir	516	5160
MOLDAVIE	Chisinau	151	1510
MONACO	Monte-Carlo	138	1380
MONGOLIE	Oulan Bator	242	2420
MONTENEGRO	Podgorica	121	1211
MOZAMBIQUE	Maputo	393	3930
MYANMAR (BIRMANIE)	Rangoon	224	2240
N			
NAMIBIE	Windhoek	311	3110
NAURU	Yaren	507	5070
NEPAL	Katmandou	215	2150
NICARAGUA	Managua	412	4120
NIGER	Niamey	337	3370
NIGERIA	Abuja / Lagos	338	3380
NIUE / N ^{ELLE} ZELANDE	Alofi	502	5020
NORVEGE	Oslo	EEE	1030
NOUVELLE GUINEE - PAPOUASIE	Port-Moresby	510	5100
NOUVELLE ZELANDE	Wellington	502	5020
O			
OMAN	Mascate	250	2500
OUGANDA	Kampala	339	3390
OUBEKISTAN	Tachkent	258	2580
P			
PAKISTAN	Islamabad / Karachi	213	2130
PALAU / BELAU	Koror		
PALESTINE (Cf. CISJORDANIE ET GAZA)		261	2610
PANAMA	Panama	413	4130
PAPOUASIE - NOUVELLE GUINEE	Port-Moresby	510	5100
PARAGUAY	Asuncion	421	4210
PAYS-BAS	Amsterdam	UE	1350
PEROU	Lima	422	4220
PHILIPPINES	Manille	220	2200
POLOGNE	Varsovie	UE	1220
PORTO RICO	San Juan	432	4320
PORTUGAL	Lisbonne	UE	1390

* ARYM = Ancienne république yougoslave de Macédoine

		CODES	
Q			
QATAR	Doha	248	2480
R			
REP. DOMINICAINE	Saint-Domingue	408	4080
REP. TCHEQUE	Prague	UE	1160
ROUMANIE	Bucarest	UE	1140
ROYAUME UNI	Londres	132	1320
RUSSIE	Moscou	123	1230
RWANDA	Kigali	340	3400
S			
SAINTE LUCIE (Ile)	Castries	439	4390
SAINT-KITTS ET NEVIS	Basseterre	442	4420
SAINT-MARIN	Saint-Marin	128	1280
SAINT-VINCENT / GRENADINES	Kingston	440	4400
SALOMON (Iles)	Honaria	512	5120
SALVADOR	San Salvador	414	4140
SAMOA Américaines	Pago-Pago		
SAMOA (Occidentales)	Apia	506	5060
SAO TOME et PRINCIPE	Sao Tomé	394	3940
SENEGAL	Dakar	341	3410
SERBIE-MONTENEGRO	Belgrade	121	1210
SEYCHELLES (Iles)	Victoria	398	3980
SIERRA LEONE	Freetown	342	3420
SINGAPOUR	Singapour	226	2260
SLOVAQUIE	Bratislava	UE	1170
SLOVENIE	Ljubljana	UE	1450
SOMALIE	Muqdisho	318	3180
SOUDAN	Khartoum	343	3430
SRI LANKA (CEYLAN)	Colombo	235	2350
SUEDE	Stockholm	UE	1040
SUISSE	Berne	AUE	1400
SURINAM	Paramaribo	437	4370
SWAZILAND(1)	Mbabane	391	3910
SYRIE	Damas	206	2060
T			
TADJIKISTAN	Douchanbé	259	2590
TAIWAN	Taipei	236	2360
TANZANIE	Dodoma / Dar Es-salaam	309	3090
TCHAD	N'Djamena	344	3440
TCHEQUE (REP.)	Prague	UE	1150
THAILANDE	Bangkok	219	2190
TIMOR-ORIENTAL	Dili		
TOGO	Lomé	345	3450
TOKELAU (N ^{ELLE} ZELANDE)		502	5020
TONGA	Nukualofa	509	5090
TRINITE et TOBAGO	Port of Spain	433	4330
TUNISIE	Tunis	351	3510
TURKMENISTAN	Achgabat	260	2600
TURQUIE	Ankara	208	2080
TUVALU	Funafuti	511	5110

U			
UKRAINE	Kiev	155	1550
URUGUAY	Montevideo	423	4230
V			
VANUATU	Port-Vila	514	5140
VATICAN (Cité du)		129	1290
VENEZUELA	Caracas	424	4240
VIETNAM	Hanoi	243	2430
W			
X			
Y			
YEMEN	Sanaa	251	2510
Z			
ZAIRE (Rép. Dém. Congo)	Kinshasa	312	3120
ZAMBIE	Lusaka	346	3460
ZIMBABWE	Harare	310	3100

APATRIDES, REFUGIES POLITIQUES ET BENEFICIAIRE DE LA PROTECTION SUBSIDIAIRE EN FRANCE	Strasbourg 2	995	1002
AUTRES PAYS		990	9900

UE : Union Européenne (27 pays)

EEE : Espace Economique Européen (3 pays)

AUE : "Assimilé" à l'UE (2 pays)

(1) devenu ESWATINI (avril 2018)

CODES

**OBLIGATIONS VACCINALES ET
LUTTE CONTRE LA COVID-19**

Tout(e) candidat(e) postulant au DFMS ou au DFMSA doit être en règle avec les obligations vaccinales ci-dessous figurant à l'article 20 de la future convention d'accueil :

Article 20 : Obligations vaccinales préalables

Les articles L.3111-4 et L.3112-1 du Code de la santé publique et l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique, contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, ~~de vaccination par le BCG°~~, et ~~d'immunisation contre la fièvre typhoïde*~~ (pour l'exercice dans un laboratoire de biologie médicale).

Par ailleurs, conformément aux dispositions de l'article R.6153-44 du Code de la santé publique, les FFI doivent répondre aux obligations vaccinales des internes prévues à l'article R.6153-7 du même code avant leur entrée en fonction ou au moment de leur inscription dans un établissement d'enseignement.

Le FFI devra donc fournir les certificats de ces vaccinations obligatoires **avant son arrivée** dans les services en joignant une copie du carnet de vaccination à jour au dossier d'inscription adressé à l'université d'accueil et lors de la consultation d'embauche par le médecin du travail de l'Établissement hospitalier d'affectation.

(*) Décret n°2020-28 du 14 janvier 2020

(°) Décret n°2019-149 du 27 février 2019

== Certains protocoles vaccinaux exigeant une phase chronologique, vous voudrez bien prendre toutes vos dispositions pour pouvoir être en règle pour votre éventuelle prise de fonction en novembre. Si ce n'était pas le cas, le centre hospitalier refusera votre intégration dans un service ou un laboratoire.

Pour les étudiants porteurs de l'Hépatite B

«...Le HCSP recommande que les personnes porteuses ou infectées chroniques par le VHB ne se voient pas interdire a priori la formation aux études médicales, dentaires, maïeutiques, ou d'infirmier(e) de bloc opératoire (IBODE) mais que l'évaluation du risque de transmission soignant-soigné ait lieu le plus précocement possible pendant les études, et en tout état de cause avant le début des stages cliniques et pour les IBODE avant l'entrée dans la formation... Le HCSP précise ce que doit inclure cette évaluation (type d'acte pratiqué, type d'exercice, possibilités de traitement de la maladie) et ses modalités de réalisation... ».

En pratique si la candidature est retenue le DFMS/A :

- ne doit pas se faire vacciner pour hépatite B
- doit contacter directement son chef de service pour connaître les actes autorisés dans le service d'accueil. Si l'étudiant ne souhaite pas dévoiler sa maladie à son chef de service, il peut consulter un autre médecin spécialiste en France.
- doit se présenter obligatoirement à la consultation en médecine du travail du CHU ou de l'hôpital d'accueil dès le début du stage pour refaire le point sur les précautions et officialiser ses restrictions (selon l'avis du spécialiste).
- doit justifier lors de son inscription universitaire d'une assurance professionnelle qui le couvre en France.

LUTTE CONTRE LA COVID-19

Le candidat doit respecter les dispositions en vigueur pour entrer sur le territoire français lors de sa prise de fonctions : se renseigner auprès des autorités françaises en poste dans le pays de résidence.

LAÏCITE ET NEUTRALITE A L'HOPITAL**Article 19 : Obligation du respect de la laïcité et de la neutralité**

Le principe de laïcité de l'Etat et celui de la neutralité des services publics font obstacle à ce que ses agents disposent, dans l'exercice de leurs fonctions, du droit de manifester leurs croyances religieuses. Ce principe vise à protéger les usagers du service public de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience et concerne tous les services publics.

Le principe de laïcité doit être appliqué dans tous les établissements publics.

Les présidents d'université ont compétence pour prendre des mesures à l'encontre de tout agent public contractuel qui ne respecterait pas ce principe.

De même, en application de l'article L.6143-7 du code de la santé publique, les directeurs des établissements publics de santé sont chargés de faire respecter strictement le principe de laïcité et de neutralité en sanctionnant systématiquement tout manquement à ces obligations.

La circulaire DHOS/G n°2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé confortée par la jurisprudence ultérieure rappelle l'obligation de neutralité de tout agent public dans sa tenue vestimentaire, ses actes et ses paroles. Cette obligation impose l'interdiction de port de signes religieux. En effet, lorsqu'ils sont en stage au sein d'un établissement public de santé, les étudiant(e)s sont soumis(e)s à l'obligation de neutralité car ils exercent des fonctions médicales comme des agents du service public.

Article 19bis : Sanction pour non respect de l'article 19

Après un premier rappel aux règles qui s'appliquent à sa situation par l'administration hospitalière, en présence du chef de service, lui demandant de retirer tout signe religieux dans l'enceinte de l'établissement, dans un délai confirmé au médecin par lettre officielle, il sera mis fin aux fonctions d'interne de l'intéressé(e) si dépassé ce délai, le(la) candidat(e) ne respecte pas les modalités précisées par la direction de l'hôpital. La décision prise par le directeur de l'hôpital est envoyée en copie à la faculté de médecine de rattachement et à la faculté de médecine de Strasbourg. Il sera mis définitivement fin, avec la même date d'effet, au DFMSA, sans possibilité de solliciter une nouvelle affectation pour l'année en cours.

+ + + + + + + + + + + + + + + +

Reproduire à la main le texte suivant, le dater et le signer et à joindre obligatoirement à votre dossier N°1 puis aux dossiers N°2 :

« Après avoir pris connaissance des articles 19 et 19bis ci-dessus de la convention d'accueil, je m'engage à respecter les principes intangibles de laïcité et de neutralité durant l'exercice de mes fonctions d'interne dans le service et dans l'hôpital d'affectation. »

NOM :

Prénom :

A _____, le _____

Signature :

ANNEXE 2E

DOSSIER 1

DATE LIMITE
DE RECEPTION DU
DOSSIER A
STRASBOURG
15 JANVIER 2025

D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.

**ATTESTATION DU SUIVI DES ETUDES DE MEDECINE ou DE PHARMACIE
EN LANGUE FRANCAISE OU DE CONNAISSANCE DU FRANCAIS
(A remplir par le(la) candidat(e))**

Je soussigné(e) Nom : _____ Prénom : _____

Etudiant(e) de la Faculté de Médecine ou de Pharmacie de : _____

ATTESTE SUR L'HONNEUR

0 Devoir passer l'examen de français avant le 15 avril 2025, car non titulaire du diplôme B2

0 Solliciter la dispense du niveau B2 de connaissance du français aux motifs ci-dessous :

- (1) avoir suivi la **TOTALITE** des études médicales ou pharmaceutiques, du _____ au _____
auprès de la Faculté (nom) _____
Ville _____ Pays _____

ET

- (1) que **TOUS** les enseignements suivis y sont assurés **en langue française**

OU

- (1) + (2) 0 être titulaire d'un **baccalauréat français** obtenu le _____ à _____ Pays _____

OU

- (1) + (2) 0 autre **diplôme de français** (à préciser) : _____
obtenu le _____ à (ville) _____ Pays _____

Attestation établie pour être jointe au dossier de DFMS ou de DFMSA pour la rentrée universitaire 2024-2025.

(1) Prière de cocher les cases concernées si c'est le cas

(2) Joindre la copie du diplôme obtenu : il faudra attendre l'accord de Strasbourg pour être éventuellement dispensé du niveau B2

Fait à _____ , le _____

Signature de l'étudiant(e) précédée de la mention manuscrite « J'atteste sur l'honneur »