

# AUTORISATION D'INSCRIPTION

## EN DU/DIU ET CAPACITÉS

CETTE AUTORISATION NE CONSTITUE EN AUCUN CAS UN CERTIFICAT DE SCOLARITÉ ou D'INSCRIPTION DÉFINITIVE

Le (la) Professeur (e) soussigné (e)....., responsable de l'enseignement à Strasbourg,

**A U T O R I S E**

À REMPLIR PAR LE PROFESSEUR RESPONSABLE DU DIPLÔME EN LETTRES MAJUSCULES **UNE** AUTORISATION POUR **CHAQUE** DIPLÔME

### L'ÉTUDIANT

**Madame**

**Monsieur**

**NOM :** ..... **Prénom :** ..... **NOM d'usage (marital) :** .....

Adresse professionnelle (d'octobre à septembre) : .....

.....

Tél. ....

Adresse personnelle (d'octobre à septembre) .....

.....

**Téléphone (obligatoire):** .....

**Adresse mail (obligatoire):** .....@.....

### DIPLÔME

À s'inscrire pour l'année universitaire **2024/2025 sous réserve de la réglementation en vigueur, des documents présentés par le candidat ET DU NOMBRE DE PLACES DISPONIBLES** à la formation suivante:

**DU**

**DIU**

**CAPACITÉ DE MÉDECINE**

Intitulé exact du diplôme : .....

À l'**examen probatoire** d'accès à la formation

En 1<sup>ère</sup> année avec dispense de l'examen probatoire, motif : .....

En 1<sup>ère</sup> année de formation au diplôme

En 2<sup>ème</sup> année de formation au diplôme

En 3<sup>ème</sup> année de formation au diplôme

En « Année mémoire »

Options choisies (s'il y a lieu)

1. ....

2. ....

3. ....

Signature et cachet du responsable du diplôme

À ....., le...../...../.....

