



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

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^{ère} année avec dispense de l'examen probatoire, motif :

En 1^{ère} année de formation au diplôme

En 2^{ème} année de formation au diplôme

En 3^{ème} 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...../...../.....

