



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 **2023/2024 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 <u>diplôme</u> :		
À l'examen probatoire d'accès à la formation		
En 1 ^{ère} année avec <u>dispense de l'examen probatoire</u> , 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...../...../.....

