Université Paris Cité

Situation d'ACCUEIL

DEMANDE DE TRANSFERT DE DOSSIER UNIVERSITAIRE DE L'UFR DE MEDECINE-UNIVERSITE PARIS CITE

Année universitaire 20 _ _ / 20 _ _

ETAT CIVIL DE L'ETUDIANT

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur N° étudiant : _ _ _ _ _ _ _ _ N° INE : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Date et lieu de naissance : _ _ /_ _/_ _ _ _ à .....Dépt : _ _ _ _ _Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal : _ _ _ _ _ Ville : .....Pays : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....@.....

Votre situation scolaire : le baccalauréat

Série : ..... Année _ _ / _ _ / _ _ _ _ Mention : .....

Ville : ..... Dépt : _ _ _ _ _ Pays : ..... ☐Relevé de notes du baccalauréat (à joindre)

Votre cursus post-baccalauréat

Année	Etablissement	Discipline/ Formation suivie	Résultat (admis/ ajourné)
/			
/			
/			
/			
/			

Formation demandée à l'UFR de médecine de l'Université Paris Cité

Formation (précisez l'intitulé exact du diplôme, formation, mention et parcours) : .....

.....

Motif du transfert : .....

.....

Veillez à renseigner les pièces justificatives que vous aurez joint pour accompagner votre demande de transfert :

☐ Lettre de motivation ☐ Curriculum vitae ☐Copie de carte d'identité ☐Relevé de notes et validations d'années ☐ Lettre de recommandation ☐ autres .....

Fait le : _ _/_ _/20 _ _ à ..... Signature .....

Avis du Doyen de l'UFR de médecine d'origine

☐FAVORABLE ☐DEFAVORABLE ☐RESERVE

A Paris, le _ _ / _ _ / _ _ _ _

Pour le Doyen,
Le service scolarité (Cachet et signature)

Avis de l'UFR de médecine – Université Paris Cité

☐FAVORABLE ☐DEFAVORABLE ☐RESERVE

A ....., le _ _ / _ _ / _ _ _ _

Observations.....

.....

Cachet et Signature :

Ce document, dument complété et signé par l'Université d'Accueil, doit impérativement être retransmis à l'Université Paris Cité à l'adresse suivante : Mmes DO et VUKMIROVIC – cabinet du doyen - 15 rue de l'école de Médecine, 75270 Paris cedex ou bien par mail : transfert.medecine@u-paris.fr en format PDF.