Université Paris Cité

Situation de DEPART

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 universitaire effectuée à l'UFR de médecine de l'Université Paris Cité

Site de votre UFR ☐ Bichat ☐Villemin ☐Cordeliers

PACES pour l'année universitaire 20_ _/20_ _ ☐PACES-Primant☐PACES-Redoublant☐PACES-Triplant

☐ Autorisé.e à poursuivre en S2 ☐Non autorisé.e en S2 car réorientation obligatoire en fin de S1

Admis.e en 2ème année de ..... ☐Autorise(é)à redoubler ☐Non autorisé.e car réorientation après S2

☐ Exclu.e des études médicales

☐DFGSM2 ☐DFGSM3 ☐ DFASM1 ☐ DFASM2 ☐ DFASM3 pour l'année universitaire 20_ _/20_ _

☐Admis.e dans l'année supérieure ☐Ajourné(e)au passage dans l'année supérieure ☐ Juin ☐Septembre

Etes-vous titulaire d'un Contrat d'Engagement et de Service Public passé avec le CNG☐Oui (depuis le __/__/____☐Non

☐ Autre formation (précisez l'intitulé du dernier diplôme auquel vous êtes inscrit) : .....

.....

Transmission du dossier universitaire de l'UFR de médecine de l'Université Paris Cité

Je sollicite le transfert ☐ Total ☐Partiel (inscription parallèle dans 2 universités) de mon dossier universitaire vers l'Université de : .....

Adresse postale de l'Université d'accueil (préciser bureau, personnel destinataire avec son mail) : .....

.....

.....

Au titre de l'année _ _ _ _ /_ _ _ _ en vue d'une inscription en (préciser mention, spécialité, parcours) : .....

.....

Motif du transfert : .....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et que je suis en règle avec l'UFR de médecine de l'Université de Paris (bibliothèque universitaire, comptabilité, sanction disciplinaire)

Fait le : _ _/_ _/20 _ _ à .....

Signature .....

Avis du Doyen de l'UFR de médecine - Université Paris Cité / UFR d'origine

☐FAVORABLE ☐DEFAVORABLE ☐RESERVE

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

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

Avis de l'UFR ou de l'Université d'accueil

☐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.