

**DEMANDE DE TRANSFERT DE DOSSIER UNIVERSITAIRE  
VERS 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/options : ..... Année \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Mention : .....  
 Ville : ..... Dépt : \_\_\_\_ Pays : .....  Relevé de notes du baccalauréat (à joindre)

**Votre cursus post-baccalauréat**

| Année | Etablissement et pays | Discipline/ Formation suivie | Résultat (admis/ ajourné) |
|-------|-----------------------|------------------------------|---------------------------|
| /     |                       |                              |                           |
| /     |                       |                              |                           |
| /     |                       |                              |                           |
| /     |                       |                              |                           |
| /     |                       |                              |                           |

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

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

Motif du transfert : .....

Merci de joindre les pièces justificatives ci-après pour accompagner votre demande de transfert :

- Lettre de motivation  Curriculum vitae  Carte d'identité/passeport  Relevé de notes dont baccalauréat et validations d'années  Lettre de recommandation  Justificatifs de la demande (certificats médicaux, situation familiale, double diplôme ...)

Fait le : \_\_/\_\_/20 \_\_ à .....

Signature .....

Avis du directeur de formation de l'université actuelle

- FAVORABLE  DEFAVORABLE  RESERVE

Le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Pour le Directeur,  
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, dûment complété et signé par l'université actuelle, ainsi que les pièces justificatives requises doivent impérativement être transmis à Université Paris Cité par mail : [transfert.medecine@u-paris.fr](mailto:transfert.medecine@u-paris.fr) en format PDF.**