

DEMANDE DE TRANSFERT DE DOSSIER UNIVERSITAIRE DEPUIS 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 : __/__/____ àDépt : _____ Nationalité :

Adresse :

Code postal : _____ Ville :Pays :

Téléphone : E-mail :@.....

Votre situation universitaire effectuée à l'UFR de médecine d'Université Paris Cité

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

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

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 :

Merci de joindre une lettre motivant votre demande

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

Fait le : __/__/20 __

Signature

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

FAVORABLE DEFAVORABLE RESERVE

Le __/__/____

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

Avis de l'université d'accueil

FAVORABLE DEFAVORABLE RESERVE

Le __/__/____

Observations.....

.....

Cachet et Signature :

Ce document, ainsi que la lettre de motivation, doivent impérativement être transmis à l'UFR de médecine d'Université Paris Cité pour être complété et signé par le Directeur de l'UFR. Les pièces sont à adresser par mail à : transfert.medecine@u-paris.fr en format PDF.