



AUTORISATION D'INSCRIPTION

(Pour les étudiants mineurs)

Je soussigné(e),

NOM.....

PRENOM.....

ADRESSE

.....
.....
.....

AUTORISE

MON FILS

MA FILLE

MON (MA) PUPILLE

(1)

NOM :

PRENOM :

à s'inscrire aux Facultés de Médecine et de Pharmacie de Limoges,

en ***1ère ANNEE DES ETUDES DE SANTE***, pour l'année universitaire **2017-2018**

A LIMOGES, LE

SIGNATURE

(1) - Rayer les mentions inutiles.