

Service de Scolarité 2, rue du Docteur Marcland 87025 LIMOGES CEDEX Tél. 05.55.43.59.90 Fax 05.55.43.58.01	TRANSFERT DE DOSSIER UNIVERSITAIRE POUR L'ANNEE UNIVERSITAIRE 2017/2018
---	--

(Exemplaire à conserver par l'Etablissement d'accueil)

NOM : **Prénom :**

Date de naissance : **N° étudiant :**

N° national :

Adresse :

➤ **Dernière inscription à la Faculté de Médecine ou de Pharmacie* :**
 Année universitaire ... de médecine /de pharmacie*
 Diplôme préparé

➤ **Transfert demandé pour l'Université de :**

Etablissement : ...
 Adresse complète

➤ **Motif du transfert :**

- Formation inexistante à la Faculté - Réorientation - Autre* :

se présente à la deuxième session d'examens : OUI - NON*

**Tout candidat se présentant à la deuxième session ne pourra obtenir le transfert de son dossier
qu'après les résultats d'examens.**

Limoges, le

* Rayer la mention inutile

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

Pièces jointes : Situation Universitaire

UNIVERSITE D'ORIGINE	UNIVERSITE D'ACCUEIL
- AVIS FAVORABLE - AVIS DEFAVORABLE	- AVIS FAVORABLE - AVIS DEFAVORABLE
Motif (si défavorable) :	Motif (si défavorable) :
Limoges, le	Date :
Cachet et Signature :	Cachet et Signature :

LE DOSSIER COMPLET NE SERA TRANSFERE QU'APRES AVIS FAVORABLE DE L'UNIVERSITE D'ACCUEIL